Rok XXX. Kraków, 25 Lipca 1891. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z pracowni anatomii topograficznéj prof. Dra A. Taubera w Warszawie.

O przygotowywaniu i przechowywaniu przekrojów ciała ludzkiego.

Rzecz przedstawiona i objaśniona na II. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie

z demonstracyją odpowiednich preparatów.

Według wykładu mianego na II-gim Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Wołkowicz, asystent przy téj katedrze.

Parę słów pragnę powiedzieć o przygotowywaniu i przechowywaniu preparatów anatomicznych, przedstawiających przekroje rozmaitych części ciała ludzkiego.

Że preparaty podobne mają bardzo ważne znaczenie przy nauczaniu chirurgii, to zdaje się nie ulegać żadnéj wątpliwości. Na żadnym bowiem, śmiało rzec mogę, preparacie wzajemne stosunki topograficzne mięśni, naczyń, nerwów, kości i tkanki łącznéj nie przedstawiają się tak naturalnemi i wyraźnemi jak na tamtych.

Ot tak porównajmy naprzykład jaki suchy preparat anatomiczny z liczby tych, których tak wiele się starannie pielęgnuje w muzeach anatomicznych. Ile pracy wymaga staranne wykończenie takiego preparatu mięśni, mózgu i nerwów, każdy anatom i nieanatom dobrze wie; po skończonem zaś preparowaniu trzeba jeszcze preparat długi czas suszyć, od czasu do czasu oblewać terpentyną, wreszcie malować i lakierować. I cóż ostatecznie uczący się anatomii topograficznéj widzi na takim preparacie? Tkanki łącznéj w preparacie niema, bo tę śród preparowania mięśni, naczyń itd. starannie usuwano; skóry, jak również powięzi także brak. Mięśnie choć są, ale prawie zawsze nie na swojem miejscu i nienaturalnéj grubości; początek ich i przyczep są wyraźne i pouczające, ale przebieg, szerokość i grubość mięśnia bardzo często mogą uczącego się w błąd wprowadzić. Mięsień krawiecki (*sartorius*) np. przedstawia się jako wązka taśma, idąca w prostym kierunku od górnego przedniego kolca kości biodrowéj do guzowatości piszczela, podczas gdy właściwy jego kierunek jest bardziéj spiralny niż prosty, od swojego początku idzie m. krawiecki w dół, następnie ukośnie ku wewnątrz, następnie zaś prosto na dół, a przyczep zwraca się na zewnątrz do guzowatości piszczela i do powięzi golenia.

Mięsień wysmukły (*gracilis*) czyli prosty wewnętrzny przedstawia się na suchych preparatach w kształcie postronka, a m. pośladkowy największy, którego grubość dochodzi do kilku ctm., przedstawia na tych preparatach grubość co najwięcéj podwójnéj podeszwy, t. j. jednego lub $1^1/_2$ ctm.

Co się naczyń tyczy, to te posiadają na suchych preparatach swoje rozgałęzienia i anastomozy; jedne i drugie bardzo ważne dla chirurga, znajomość ich szczególnie jest potrzebną przy nakładaniu podwiązek na ważniejsze pnie naczyniowe. Widzimy także stosunek naczyń do stawów, lecz nie jesteśmy pewni co do samego położenia naczynia, a względnie odległości jego od kości lub stawu, albowiem naczynia zmieniają często swoje położenie śród wysuszania preparatu i utwierdzania ich nitkami w pewnem miejscu.

Co powiedzieliśmy o nienaturalnem położeniu naczyń, można powtórzyć o nerwach.

Na przekrojach zaś ciała ludzkiego widzimy dokładnie ilość tkanki łącznéj, stosunek wzajemny skóry, mięśni, kości, naczyń i nerwów, widzimy dokładnie wzajemny stosunek mięśni do siebie, do naczyń, do nerwów i do kości, stosunek powięzi do innych organów, stosunek istoty zbitéj kości do istoty gąbczastéj i t. d.

Jak ważną jest dla chirurga dokładna znajomość wzajemnych stosunków organów do siebie, wystarczy przypomnieć zakładanie podwiązek, amputacyje (oryjentowanie się w kikucie poamputacyjnym), wypiłowanie stawów i rany postrzałowe; dokładna znajomość stosunków anatomicznych

pozwala nam przy wiadomym kierunku rany postrzałowéj określić, jakie przyrządy uległy uszkodzeniu.

Nie chcę bynajmniéj powiedzieć, żeby jedynie przekroje ciała ludzkiego zupełnie wystarczały do wykładów anatomii chirurgicznéj, potrzebne są swoją drogą preparaty, jakiemi się anatomija opisowa posługuje, a mianowicie preparaty z rozgałęzieniami naczyń i nerwów, preparaty więzów i stawów itd., a także prócz tego t. zw. preparaty okienkowe *(Fensterpräparate)*, w których nóż anatoma w pewnem miejscu rozdziela tylko tkanki, zostawiając je na miejscu dla okazania anatomii pola operacyjnego przy nakładaniu np. podwiązek na naczynia.

Przygotowywanie przekrojów.

Dla otrzymania gładkich płaszczyzn przecięć ciała ludzkiego, zamrażamy trupy i ostrą piłką krajemy ciało trupa na plastry (grubości 1—2 ctm.) w dowolnym kierunku. Jeżeli klimat miejscowości nie daje nam mrozów przynajmniéj kilkostopniowych, wtedy musimy się posługiwać sztucznemi oziębiającemi mięszaninami. Mróz musi być kilkostopniowy (przynajmniéj 7—8° R. niżéj zera), ażeby trup dobrze zamarzł, albowiem przy słabym mrozie soki tkanek zawierające sole nie ścinają się w masę lodową. Trup musi na mrozie leżeć przynajmniéj przez dobę. Braune[1]) używał mięszaniny z 6 centnarów śniegu lub drobno rąbanego lodu i 2 centnarów soli kuchennéj i przy +15° R. na powietrzu kładł trupa do skrzyni blaszanéj, napełnionéj ową mieszaniną; okrywał skrzynię deskami drewnianemi i słomą, i po dwóch dniach przystępował do piłowania. Na gładką powierzchnię odpiłowanego preparatu nalewał cienką warstwę wody, która zaraz przymarzała; na nią kładł przeźroczysty papier, na którym nie trudno było ołówkiem oznaczyć kontury organów. Rysunki te odpowiednio wykończone posłużyły Braunemu za materyjał do znakomitego jego atlasu.

Jeżeli chcemy, ażeby na przekrojach widać było wyraźnie tętnice i żyły, należy je przed zamrożeniem trupa nastrzyknąć jakąś masą zabarwioną. Masa kitowa prof. Teichmana, ten tak cenny w innych przypadkach nabytek techniki anatomicznéj, jest dla będących w mowie preparatów nieodpowiednią, albowiem nie prędko tężeje i choć powoli, jednak mogłaby wypłynąć z przeciętych naczyń. Dlatego też w pracowni prof. Taubera trupy przed zamrażaniem nastrzykujemy dawną łojowo-woskową masą po odpowiedniem ogrzaniu masy i trupa, przyczem trzeba cierpliwie znieść wszystkie połączone z tą czynnością niewygody i przykrości, jak je dokładnie opisał prof. Teichman w swojéj pracy o nowéj kitowéj masie[2]). Do tętnic używamy masy zabarwionéj cynobrem, do żył ultramaryną. Tętnice nastrzykujemy albo przez tętnicę główną, po uprzedniem przepiłowaniu mostka wzdłuż, albo też przez jednę z tętnic udowych w kierunku do serca — wtedy pozostaje nienastrzykniętą noga, przez któréj tętnicę nastrzykiwanie się odbywa, albo też wreszcie, co jest najpewniejsze, przez doprowadzającą tętnicę każdéj ważniejszej części ciała oddzielnie. Żyły nastrzykujemy przez kilka obwodowych małych żyłek w kierunku dośrodkowym.

Co do wyboru trupa, to właściwie każdy trup nadaje się do przygotowywania przekrojów o tyle, o ile on nie przedstawia jakich zniszczeń lub wyniszczeń, albo też zboczeń patologicznych, nie mogących przecież ilustrować normalnych stosunków anatomicznych. Jeżeli preparaty mają być nastrzyknięte, to nieodpowiednie są trupy ludzi starych lub dotkniętych miażdżycowem zwyrodnieniem naczyń, albowiem te ostatnie często podczas nastrzykiwania pękają, dając wynaczynienia w tkanki otaczające.

Przechowywanie preparatów.

O ile mi się zdaje, to rzadko które muzeum w Europie prócz muzeum Huntera w Londynie, posiada zbiory przekrojów ciała ludzkiego; a to pewnie dlatego, że przechowywane w zwykle używanych płynach konserwujących zmieniają się: mianowicie kurczą się preparaty (w spirytusie), albo w najlepszym razie oddzielne organy jak np. mięśnie tracą pierwotną swoję barwę (w roztworach cynku, sublimatu, a nawet karbolu) i przybierają kolor żółtawy, brudno-szary lub biały. Przygotowywanie zaś częstych świeżych prepararatów zabiera dużo czasu, albowiem trwa co najmniéj parę dni.

Próby robione w pracowni prof. Taubera z roztworem tymolowym Wywodcewa dla przechowywania w mowie będących preparatów dały rezultaty stosunkowo bardzo dobre. W płynie tym po zachowaniu pewnych ostrożności preparaty 1) nie gniły, 2) nie zmieniały się jako anatomo-topograficzne preparaty t. j. stosunki anatomiczne na preparatach nie zmieniały się, co mogłoby mieć miejsce wtedy, gdy jedne tkanki kurczą się więcéj od innych, powierzchnia preparatu traci wówczas swoją prawidłową płaszczyznę, a natomiast okazuje zagłębienia i wyniosłości, 3) pierwotna barwa organów, na myśli mam głównie mięśnie, zwykle się nie zmieniała.

Wywodcew w swojéj pracy[1]) podaje dwa przepisy roztworu tymolowego do balsamowania trupów i przechowywania preparatów anatomicznych i małych zwierząt: 1) *Thymoli crystal. 1·0, spirit. vini 9·0, glycerini 324·0, Aq. dest. 324·0.* 2) *Thymoli 1·0, spirit. vini 9·0, glycerini 432·0 Aq. dest. 216·0.* W miarę ilości wody, jaką trupy zawierają, używa pierwszego lub też drugiego roztworu; trupy więc ludzi dotkniętych wodną puchliną balsamuje drugim roztworem. Nie zdaje mi się jednak, ażeby płyny podane były odpowiednie do balsamowania trupów, albowiem 1) tymol jest lotny i 2) co ważniejsza, potrzeba bardzo dużéj ilości płynu na jednego trupa, wynoszącéj blisko połowę wagi jego; w razie użycia téj ilości, w jakiéj używa się do balsamowania innych płynów, trupy po paru dniach gnić zaczynają.

Co do preparatów, to ma jakoby wystarczać trzymanie ich w jednym ze wskazanych płynów przez czas około 20 dni, poczem ma być zupełnie możebnem przechowywanie preparatów na powietrzu.

Przekonałem się jednak, że preparaty, trzymane nie tylko przez 20 dni, ale nawet przez parę miesięcy, i w dodatku nie w jednym, lecz w zmienianym od czasu do czasu roztworze tymolowym, na powietrzu pleśnieją lub w najlepszym razie kurczą się, nieraz nie do poznania; natomiast preparaty, trzymane w owych płynach stale, zmianom widocznym nie ulegają.

Dawniéj trzymaliśmy preparaty w dużych szklanych naczyniach, jeżeli preparaty jednak nie są porządnie jedne na drugich ułożone lub zbyt dużo ich jest w jednem naczyniu, wtedy tracą one, a zwłaszcza u spodu leżące, pierwotną swoję formę, spłaszczają się całkowicie lub miejscami. Prócz tego przez częste wyjmowanie preparatów z naczyń i zbyt dotykalne oglądanie ich, części mniéj widoczne zostają na

[1]) Wywodcew. O balsamirowanji i sposobach sochranienja anatomiczeskich preparatow i trupow żywotnych. S. Petierburg 1881.

wierzch wyciągnięte lub szczypczykami poniszczone, lub też, co się także zdarza, pozbawione zupełnie oddzielnych organów, n. p. nerwów.

Obecnie więc świeże preparaty trzymamy tylko jakiś czas w większem, niezbyt wysokiem płaskiem naczyniu, przyczem co parę tygodni płyn zmieniamy tak długo, póki się nie przestaje zabarwiać na czerwono od krwi, znajdującéj się w tkankach. Potem przekładamy preparaty do płaskich okrągłych naczyń szklanych (wysokości około 5 ctm.). Preparaty, jakie tu mam, zanurzone są do połowy w gipsie; przez to raz ułożone nie zmieniają swego położenia i po zalaniu ich rozczynem tymolowym wyraźnie je widać przez szklaną pokrywę dobrze dopasowaną do naczynia.

Płynu używamy podług przepisu drugiego t. j. *Thymoli 1,0 Spirit. vini 9,1. Glycerini 432,0. Aq. destillatae 216,0.* Przygotowanie płynu powinno odbywać się w tym porządku, w jakim wymieniliśmy składowe części t. j. należy tymol rozpuścić najpierw w spirytusie, otrzymany roztwór wlewamy i mięszamy z całą ilością gliceryny, i wreszcie dolewamy wodę i znów kłócimy. Jeżeliby przy niezachowaniu tego porządku na powierzchni płynu pokazały się kryształy tymolu, wówczas należy dodać nieco eteru siarczanego, i jak tylko się kryształy rozpuszczą, płyn dobrze skłócić.

Naczynia powinny być szczelnie zamknięte lecz tak, ażeby w razie potrzeby można je było odkryć, czy to dla zmiany płynu, czy też dla innego celu. W przeciwnym razie tymol się ulatnia i preparaty pokrywają się pleśnią; wystarcza jednak wtedy pleśń mechanicznie (szczoteczką) usunąć, preparat wodą lub lepiéj odpowiednim rozczynem tymolowym opłukać i na nowo zalać świeżym płynem, preparaty jednak potem nie mają już tego żywego dawnego koloru, lecz są o wiele bledsze.

Preparaty, jakie mam zaszczyt szanownym Panom demonstrować, przygotowane były w zimie półtora roku temu i wyglądają jak świeże. Są to: przekrój poprzeczny goleni w górnéj $^1/_3$ części, przekrój poprzeczny kolana w położeniu wyprostnem w połowie rzepki, daléj przekrój poprzeczny ramienia i wreszcie 2 przekroje poprzeczne szyi dziecka — jeden tuż nad barkami, a drugi na wysokości chrząstki obrączkowéj.

Wobec tak dodatnich rezultatów prób przechowywania w roztworach tymolowych preparatów w mowie będących, nie bez wartości byłyby próby zastosowania téj saméj metody do preparatów anatomo-patologicznych, albowiem wiele z nich zyskałoby znacznie, gdyby się udało utrzymać ich pierwotną barwę w stanie niezmienionym

II. O napadzie apoplektycznym.

Przez

Prof. Dra Adamkiewicza.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Jeśli napad apoplektyczny jest niczem innem, jak tylko objawem podrażnienia, to można już z góry przypuścić, że on pozostaje w związku z drażnieniem o pewnéj sile i z pewnemi obszarami. Albowiem uwzględniwszy tylko obydwa momenta siły drażnienia i pobudliwości rozmaitych obszarów mózgu, można zrozumieć, dlaczego krwotoki w pień mózgu idą w parze z insultem apoplektycznym, a w korze z powolnym insultem tj. bez nagłéj utraty przytomności, a z drugiéj strony, dlaczego już małe krwotoki ciężki insult wywołują, a w innych miejscach wielkie występują bez objawów.

Uwzględniwszy te fakta, trzeba było przy doświadczeniu, aby odpowiedzieć na to, czy insult jest następstwem drażnienia, czy też nie, zwrócić uwagę na siłę drażnienia i na obszar, gdzie drażnimy.

Ponieważ wszystkie dotychczasowe teoryje wskazują, że on powstaje zawsze przez to, że cały mózg wraz z korą bierze udział, to najprzód należało rozstrzygnąć, czy ogólne drażnienie mózgu wywoła insult apoplektyczny, czy też nie.

Cały mózg drażnić można przez wtłaczanie drażniącego płynu w substancyę mózgową, czy to przez *aa. carotis*, czy też wtłaczając płyn o wysokiem parciu po sztucznem otwarciu czaszki. Rozczyn soli kuchennéj (0,6%), z dodatkiem małéj ilości amoniaku, posiada wszelkie własności płynu działającego drażniąco na substancyę mózgową. A wszystko co otrzymamy wtedy, wchodzi w zakres „ucisku mózgu“ t. j. *Nystagmus*, zmiany w respiracyi, w działaniu serca a nawet *coma* i śmierć, ale nie występuje napad apoplektyczny. A samo *coma* nie wystarcza do scharakteryzowania napadu apoplektycznego.

Utrata przytomności musi nietylko przyjść do skutku, ale bardzo prędko musi wystąpić, a potem musi znowu zniknąć. Z tamtych doświadczeń wynika, że ogólne podrażnienie mózgu, choćby ono było tak silne, aby śmierć za sobą pociągnęło, nie może być uważanem jako podstawa napadu apoplektycznego. A z tego wynika, że teorye wskazujące na zajęcie całego mózgu i kory — podczas napadu — są błędne. Wkrótce poznamy fakta, które nas jeszcze dobitniej pouczą o niesłuszności tego twierdzenia.

Jeżeli przez drażnienie mózgu nie można wywołać napadu apoplektycznego, to jeszcze pozostaje wykazać, czy drażnienie pojedyńczych obszarów nie okaże się skuteczniejszem. Doświadczenia na ludziach wskazują, że musimy przedewszystkiem oddzielić pień mózgu od kory, bo w téj ostatniéj krwotoki bez insultu występują, a krwotoki do pnia są połączone z silnym napadem.

Używam do doświadczeń królików i wypróbowałem pojedyńcze obszary, drażniąc je prądem elektrycznym po zdjęciu osłon czaszkowych. Takowe z łatwością u królika dają się zdjąć, bo duża zatoka żylna nie jest tu z kością zrosła, lecz pod nią przebiega i łatwo można ją podwiązać. Skoro teraz kora jest odsłoniętą, to można łatwo przez drażnienie rozmaitych obszarów pobudzić pewne systemata mięśniowe do czynności.

W pracy mojéj o ucisku mózgu podałem dokładną lokalizacyę funkcyi kory mózgowéj u królika. Przez drażnienie jéj prądem elektrycznym nic więcéj niż zwiększoną aż do tężca akcyję mięśni głowy, kadłuba i kończyn, otrzymać nie mogłem. Znaczy to, że drażnienie kory mózgowéj królika nie wywołuje napadu apoplektycznego.

Aby się dostać do ośrodków pnia mózgowego, podnoszę nożem ostrym całą korę i w ten sposób obustronnie otwieram komórki mózgowe. Z przodu wtedy widzimy *Corpora striata* zbliżone wejrzeniem swojem do retorty, między niemi *Corpus callosum*, a po za niemi *thalami optici* zakryte przez *fornix*, a za niemi boczne części *corpus callosum* i części boczne *fornicis*, rogi *Ammona*. Przez ostatnie nieznacznie przykryte *corpora quadrigemina* z obydwoma wielkiemi przedniemi i dwoma małemi tylnemi pod móżdżkiem ukrytemi rożkami.

Odsłonięcie tych wszystkich części jest operacyją, którą królik znosi dobrze, tak, że po niej tylko chwilowo staje się psychicznie ślepym, ale już po kilku godzinach dokładnie poznaje przedmioty i zachowuje się jak zwierze zdrowe. Jeśli teraz części odsłonięte prądem drażnimy, to otrzymujemy co następuje:

Drażnienie *corpora striata* daje drgawki twarzy; drażnienie *thalami optici* wywołuje kontraktury mięśni grzbietu; drażniąc w końcu *corpora quadrigemina* wywołujemy jakiś dziwny wybuch motoryczny, który polega na tem, że zwierzę z nadzwyczajną siłą wydziera się i wielkiemi skokami ucieka.

Żadne jednak z tych obszarów przy drażnieniu elektrycznem nie daje typowego napadu apoplektycznego.

W końcu zwróciłem się jeszcze do rogów Amona. W tym celu tylną częś *fornix* podniosłem, a potem zadrażniłem mostek środkowy, t. zw. „białą substancyję“, czyli *fornix* rogów Amona. To zadrażnienie wywołało w końcu skutek. Zwierzę nagle, jakby piorunem rażone, traci przytomność, pada i leży przez chwilkę jakby nieżywe. Źrenice rozszerzone nie oddziaływają na światło. We wszystkich czterech łapkach występują drgawki, a potem ulegają one kurczowemu tężcowi — i zwierzę znowu się nagle podnosi. Aby ten tak charakterystyczny napad dokładnie otrzymać, zwierzęcia narkotyzować nie należy.

Po doświadczeniu zwierzę jest oszołomione, ale wkrótce przychodzi do siebie, pozostaje przy życiu i zachowuje się zupełnie normalnie.

Aby dokładniej wykazać przyrząd ten napad wywołujący, niszczyłem warstwami *fornix* gorącem żelazem i po każdej takiej procedurze znowu drażniłem. Pokazało się, że wrażliwość na napad apoplektyczny coraz bardziej się wzmagała, albowiem występował on przy coraz bardziej słabych prądach. Potem nagle działanie drażnienia ustało i dalsze drażnienie nie wywołało więcej napadu apoplektycznego. Badając dokładnie te warstwy widzieliśmy, że *fornix* aż do *corp. quadr.* był zniszczony. Wynika ztąd, że u królika centra wywołujące napad apoplektyczny leżą w samej substancyi *fornix* rogów Amona, a mianowicie poniżej jego powierzchownych warstw i tutaj się odgraniczają.

Dalsze wnioski, jakie z tego doświadczenia wynikają, są następujące: Jeżeli u królika drażnienie pewnych obszarów mózgowych za pomocą prądu elektrycznego wywołuje napad apoplektyczny, to wynika ztąd, że ten napad nie jest objawem powstałym z powodu stosunków fizycznych, lecz jest objawem fizyjologicznym i należy do kategoryi objawów podrażnienia mózgu.

Ponieważ z rozmaitych obszarów mózgu królika tylko jeden nadaje się do wywołania insultu apoplektycznego, to ztąd wynika, że nietylko siła drażnienia, ale także i pobudliwość pewnego obszaru musi mieć wpływ na to, aby insult przyszedł do skutku.

Ponieważ jednak, jak to widzieliśmy, obszary mózgu królika, które są jeszcze wrażliwsze, jak n. p. *fornix, corpora quadrigemina*, nie wywołują insultu, to nie wystarcza siła drażnienia pewnych obszarów w ogólności, ale potrzebna jest jeszcze oznaczona jakość pobudliwości, którąbym nazwał „insultywną“.

Przypuszczenie, jakoby przy napadzie apoplektycznym kora mózgowa cierpiała, jakoby jej zajęcie tłumaczyło nam utratę przytomności podczas napadu, to przypuszczenie nie może się więcej w obec przytoczonego doświadczenia utrzymać. Albowiem 1. nie występuje u królika utrata przytomności mimo oddzielenia znacznej części kory mózgowej i 2. znika przytomność przy drażnieniu *fornix*, pomimo, że już wielkiej części kory niema.

Wprawdzie musimy pamiętać o tem, że wrażliwość kory mózgowej u zwierząt wzrasta w stosunku do ich inteligencyi, a ponieważ inteligencyja pojawia się w doskonałości, na podstawie której z ruchów powstają świadome[1]) czynności, to właśnie dlatego wyniki otrzymane u królika nie odnoszą się bez pewnych modyfikacyj do człowieka. To jednak nie obala rezultatów moich badań, z których wynika, że kora żadnego nie bierze w insulcie udziału.

Pozostaje nam jeszcze na podstawie wyników podać odpowiednie tłomaczenie pośrednich objawów „przy insulcie“. Przyjęte „mechaniczne“ tłomaczenie wykazuje, że one są następstwem wywołanych przez insult wahań parcia, względnie rozdziału krwi w mózgu. Ponieważ jednak taki rozdział krwi nienormalny nie istnieje, a z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że istnieją takie objawy pośrednie, które po insulcie powoli znikają, to muszą one na innem a nie na mechanicznem tle powstawać.

Że i tutaj fizyjologiczny a nie fizyczny stosunek w tych objawach istnieje, to już wynika ztąd, że można utrzymać utratę przytomności, drażniąc nietylko mózg, ale i inne części.

Silne uderzenie w *plexus solaris*, wstrząs całego ciała również wywołuje utratę przytomności, a mimo to nie istnieją tutaj dodatnie lub ujemne wahania parcia, ani też żadna zmiana w cyrkulacyi krwi w mózgu.

Jak więc tutaj odruchy o działaniu porażającem mogą zadziałać na mózg, tak i utrata przytomności przy insulcie apoplektycznym a więcej jeszcze kompleks objawów pośrednich na drogach odruchowych, które istnieją w mózgu w niezliczonej ilości i na wszystkie się strony rozprzestrzeniają, może w bardzo łatwy sposób nastąpić.

III. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci.

Podał
Dr. Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Po tym krótkim wstępie o sposobach badania krwi przystępujemy do rzeczy, mianowicie do pierwszej kwestyi postawionej przez nas: jakie zmiany zachodzą we krwi osób dotkniętych przymiotem a nie leczonych jeszcze przetworami rtęciowemi. Odpowiednich spostrzeżeń mieliśmy 30, które dzieląc stosownie do płci i wieku pomieszczamy w trzech następujących tablicach.

Przypatrzmy się teraz otrzymanym faktom.

1) Czerwone krążki. Otrzymaliśmy średnio dla mężczyzny chorego na przymiot 6.158,000 czerwonych krążków, (maksimum 6.910,000, minimum 4.732,000), dla kobiety

[1]) Dokładniej o tem w pracy mojej „o ucisku mózgu“ i „patologija ucisku mózgu“, C. II.

Nr.	lata	zajęcie	okres choroby	Ilość czerwonych krążków	Ilość białych ciałek	Stosunek białych do czerwonych	Białe ciałka: jednojądr. małe	Białe ciałka: jednojądr. duże	Białe ciałka: wielojądrowe	Ilość hemoglobiny
I. Mężczyźni.										
1	26	subjekt handlowy	*Stad. condylomatum*	6.392,000	16.000	1 : 399				
2	22	włościanin	"	4.732,000	20.000	1 : 238				
3	30	rzemieślnik	*Syph. cut. papulosa*	6.456,000	20.000	1 : 322				
4	19	piekarz	*Stad. condylomatum*	6.600,000	24 000	1 : 275				
5	24	włościanin	*Syph. cut. maculosa*	6.920,000	12.000	1 : 577	46	9	45	95%
6	30	włościanin	"	6.300,000	16.000	1 : 400	42	10	48	90%
7	18	subjekt	*Stad. condylomatum*	15.836,000	14.000	1 : 417	42	6	52	90
8	36	stolarz	"	5.948,000	10.000	1 : 594	37	5	58	70
9	28	włościanin	"	6.204,000	22.000	1 : 282	20	5	75	100
10	19	robotnik	*Syph. cut. maculosa*	6.200,000	14.000	1 : 442	.	.	.	95
			P r z e c i ę t n i e . .	6.158,000	16.800	1 : 366	37 4	7·0	55·6	90%
II. Kobiety.										
1	20	prostytutka	*Syph. cut. maculosa*	5.200,000	20.000	1 : 260				
2	17	"	*Stadium condylom.*	5.520.000	12.000	1 : 426				
3	27	służąca	"	4.644,000	16.000	1 : 290				
4	19	robotnica	"	5 440,000	16.000	1 : 340				
5	20	"	*Syph. cut. maculosa*	5.236,000	16 000	1 : 326				
6	22	"	"	4 880,000	8.000	1 : 610				
7	21	włościanka	*Stadium condylom.*	3.452,000	8 000	1 : 556	53	3	65	65
8	16	"	"	4.508,000	16 000	1 : 281	35	4	80	80
9	22	"	"	5.360,000	12.000	1 : 447	31	7	70	70
10	38	służąca	*Gummata*	5.460,000	10.000	1 : 540	22	12	65	65
11	16	prostytutka	*Stadium condylom.*	5 776,000	10 000	1 : 577	28	19	60	60
12	21	służąca	"	6 156,000	20 000	1 : 307	21	22	80	80
13	20	prostytutka	*Syph. cut. maculosa*	6.200,000	16.000	1 : 388	30	10	80	80
14	42	służąca	*Stadium condylom.*	5.644.000	12.000	1 : 470	38	4	75	75
15	28	"	"	4 824,000	14.000	1 : 344	32	6	65	65
16	27	włościanka	"	4.884,000	10 000	1 : 488	40	6	60	60
17	16	prostytutka	"	5.280,000	12.000	1 : 440	39	14	80	80
18	20	"	*Syph. cut. papul.*	5 496 000	12.000	1 : 461	.	.	.	75
			P r z e c i ę t n i e . .	5.272,000	13.330	1 : 395	33 5	9·7	56·8	70·8%
III. Dzieci.										
1	1 3/4	dziecko włościan.	*Stad. candyl.*	5.400,000	24.000	1 : 225	55	8	37	55%
2	1/3	"	"	5.372,000	20.000	1 : 268	45	10	45	60%
			P r z e c i ę t n i e . .	5.386,000	22.000	1 : 244	50	9	41	57·5%

zaś średnio 5.272.000 (maksimum 6.200,000, — minimum 4.452,000), nakoniec dla dzieci średnio 5.386,000. Liczbę czerwonych krążków krwi w prawidłowych warunkach, u zdrowych rozmaicie określano. Malassez przypuszczał średnio 4.300,000, Hayem 5.000,000. Sörensen podaje najściślejsze daty na zasadzie licznych badań wyprowadzone. Otóż z badań tych wynika, że u mężczyzn w wieku od 20—30 lat liczba czerwonych krążków w jednym sześciennym milimetrze wynosi 5.600,000—5.800,000, u kobiet w tymże wieku 4.800,000—5.300.000. U dzieci liczba czerwonych krążków podług Sörensena jest większa, mianowicie wynosi od 5.200,000—6.000,000. [1]) Ztąd widzimy, jak trudno określić rzeczywistą prawidłową liczbę; wahania indywidualne są tutaj znaczne i zgodzić się musimy, że liczba fizyjologiczna czerwonych krążków waha się pomiędzy najniższą $4\frac{1}{2}$ mil. a najwyższą $6\frac{1}{2}$ t. j. w rozległych bardzo granicach.

W każdym razie liczby znalezione przez nas nie dowodzą wcale zmniejszenia ilości czerwonych krążków, przeciwnie raczej nawet liczby te zbliżają się do maksimum fizyjologicznego. Ta okoliczność tłómaczy się têm, że wszyscy nasi chorzy byli ludzie młodzi w kwiecie wieku, najczęściéj dobrze odżywieni.

Przymiot więc przynajmniéj w pierwszych swych okresach nie wywołuje wcale zmniejszenia czerwonych krążków. Dodaję dlatego w pierwszych okresach, gdyż wszyscy prawie nasi chorzy, których krew badaliśmy, przedstawiali przypadki świeże przymiotu, w których od zarażenia upłynęło od 2—4 miesięcy. Jedyny przypadek zadawnionego przymiotu, gdzie znajdowaliśmy ziarniniaki owrzodziałe w gardle, obrzmienie gruczołów znaczne i wypadanie włosów, gdzie początek choroby należało datować od 5 lat, spostrzegaliśmy u choréj, Nr. 10 tablicy. I w tym jednak przypadku liczba czerwonych krążków była 5.400,000, a zatem ilość zupełnie prawidłowa.

Chcąc się przekonać dokładnie o wpływie jadu przymiotowego na ilość czerwonych krążków, pozostawiłem umyślnie dwóch chorych z wysypkową postacią przymiotu bez leczenia, jednego przez 10 dni, drugiego przez 2 tygodnie. W obu przypadkach kilkakrotnie powtarzane badania krwi nie pokazały wcale ubytku czerwonych krążków.

B i a ł e c i a ł k a. Ilość białych ciałek w jednym sześciennym milimetrze znaleźliśmy u mężczyzn 16,800 średnio (maksimum 24,000, minimum 10,000). U kobiet średnio 13,330 (maksimum 20,000, minimum 8,000), u dzieci zaś średnio 22,000. Porównywając te liczby z ilością fizyjologiczną u zdrowych (4 — 7 tysięcy podług Malasseza) widzimy, że w przymiocie stale spotykamy powiększoną ilość białych ciałek krwi. Wskutek właśnie tego i stosunek białych ciałek do czerwonych krążków powiększa się. Zamiast średniego fizyjologicznego 1 : 600, znajdujemy u mężczyzn 1 : 366, u kobiet 1 : 395, u dzieci 1 : 244. Jak wiadomo, białe ciałka krwi zawierają w sobie jądra, które uwidocznić można bądź przez dodanie słabego roztworu kwasu octowego, bądź przez rozmaite sposoby barwienia. Otóż barwiąc krew powyżéj opisanemi sposobami, znajdujemy śród białych ciałek 1) małe ciałka zawierające jedno jądro, wypełniające prawie całe ciałko z małym tylko rąbkiem pierwoszczy; są to tak zwane lymfocyty, 2) duże ciałka z jednem dużem jądrem, słabo barwiącem się i 3) większe lub mniejsze ciałka z licznemi (3—5) jądrami lub nieprawidłową figurą (w kształcie podkowy, esowatą) jądra. Są to tak zwane ciałka wielojądrowe. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że wielojądrowe ciałka powstają z jednojądrowych lymfocytów, których jądro wydłuża się, przyjmuje nieprawidłową postać, a następnie dzieli się na kilka jąderek. Wszystkie te przechodnie formy można spostrzegać we krwi, prawdopodobnie więc w saméj krwi następuje powyżéj opisane przekształcenie.

Opisujemy tutaj 3 postacie białych ciałek: jednojądrowe małe, jednojądrowe duże i wielojądrowe, zaliczając do wielojądrowych i te przechodnie postacie z wielopostaciowem jądrem (t. zw. *Uebergangsformen* Gollascha [1]). Od wielojądrowych należałoby wyróżnić tak zwane komórki Ehrlicha, barwiące się eozyną (*eosinophile Zellen*). W ciałkach tych, zwykle dużych wielojądrowych pierwoszcze jest gruboziarniste, barwi się pięknie eozyną na purpurowy kolor, podczas gdy jądra pozostają niezabarwione a przy podwójnem barwieniu przyjmują barwę drugiego barwika (hematoksyliny, fijołku gencyjanowego).

W ostatnim czasie wprowadził Ehrlich sposób liczenia wszystkich tych ciałek na zabarwionych suchych preparatach. Staramy się przesuwając szkiełko w różne miejsca wyliczać w polu mikroskopowem ilość ciałek białych w rozmaitych ich postaciach. Ehrlich znalazł, że we krwi prawidłowéj jest najwięcej wielojądrowych ciałek (70—75%), około 15—20% wypada na jednojądrowe lymfocyty, a reszta na komórki eozynowe i postacie przechodnie. [2]) Do takich prawie wyników doszedłem i ja przy moich obliczeniach na preparatach pochodzących z krwi osób zdrowych, lub chorych na organiczne choroby (*nephritis*, *tuberculosis*). Badania zaś moje nad krwią osób przymiotowych pokazały stale zmieniony stosunek. Powiększa się znacznie ilość lymfocytów: 37,4 u mężczyzn; 33,5 u kobiet, 50 nawet u dzieci stanowią odsetek tych ciałek. Stosownie do tego ilość wielojądrowych ciałek zmniejsza się. Ciałek barwiących się eozyną zwykle w krwi przymiotowéj spotykamy bardzo mało. Nieraz przy poszukiwaniu na całym preparacie nie mogłem znaleźć ani jednéj komórki eozyną zabarwionéj i przypominam sobie jeden tylko przypadek, gdzie odsetek komórek eozynowych dochodził do 5.

T. z. p ł y t k i B i z z o z e r y nie są zdaje się niczem, jak tylko cząstkami rozpadu białych ciałek. Do takiego wniosku upoważniają jednakowy ich sposób zabarwienia z białemi ciałkami krwi. Udaje się czasem spostrzegać bezpośrednie ich oddzielanie się od białych ciałek krwi, jak to się wielokrotnie przekonałem przy swoich badaniach podjętych w tym kierunku. Rola ich fizyjologiczna nie jest dokładnie zbadana, to tylko napewno twierdzić można, że są one niezdolne do postępowego przekształcenia się, że ostatecznie rozpadają się, rozpływają się, że tak powiem. Ilość ich przez Bizzozerę normalnie we krwi ludzi zdrowych określaną była na 400,000 w jednym sześciennym milimetrze. Jestto jednak liczba zupełnie hypotetyczna. Kilkadziesiąt badań przedsiębranych przezemnie w tym kierunku u ludzi zdrowych i chorych przekonały mnie, że ilość płytek w jednostce krwi podlega niesłychanym wahaniom, od 50,000 — $1\frac{1}{2}$ milijona. Jeżeli nic nie można powiedzieć stałego ani pewnego o ich ilości

[1]) Cytowano w podręczniku fizyjologii Hermana T. IV.

[1]) W podręczniku *Mikroskopische Technik* Friedländera i Ebertha 1889 r. wyd. IV. — [2]) *Ueber das Verhalten der Lymphocyten zu den weissen Blutkörperchen*, *Dissertation* Berlin 1884 r.

w prawidłowych warunkach, to także i w przymiocie liczby te są najrozmaitsze. Dwa razy spostrzegałem ich ilość mocno powiększoną, mianowicie u kobiety Nr. 10 tablicy IIgiej — 1.400,000 i u dziecka Nr. 2 tablicy IIciej — 1.256,000 w 15 zaś innych przypadkach ilość ta wahała się pomiędzy 72,000—450,000. Wahania te widocznie zależą od zwiększonego lub zmniejszonego rozpadu białych ciałek, lecz od czego ten rozpad zależy, pozostaje kwestyją nierozstrzygniętą.

Hemglobiny ilość w przymiocie widocznie jest stale zmniejszoną przy zupełnie prawidłowéj ilości czerwonych krążków. Jeżeli przypuścimy, że podziałka 100 hemoglobinometru Fleischla odpowiada prawidłowemu zabarwieniu krwi u mężczyzn, a podziałka 90 u kobiet, to liczby przez nas otrzymane pokazują stale zmniejszenie. U mężczyzn zmniejszenie to dochodzi tylko 10% (90 zamiast 100) u kobiet blisko 20% (70,8 zamiast 90). Widocznie więc zabarwienie czerwonych krążków pod wpływem jadu przymiotowego ulega poważnemu zaburzeniu.

Takie mniéj lub więcéj wyniki otrzymaliśmy przy badaniu krwi osób, dotkniętych przymiotem a nie leczonych. Teraz musimy zobaczyć, jakie zmiany wywołuje leczenie rtęcią.

II. Przy leczeniu stosowaliśmy najczęściéj (17 przypadków) wcierania szaréj maści w ilości 3·0. Wcierania były robione aż do wystąpienia lekkiego ślinotoku. Jak dziąsła zaczynały obrzmiewać i ilość śliny widocznie się powiększała, a chory uczuwał ścierpnięcie zębów, wcieranie maści szaréj przerywaliśmy aż do czasu ustąpienia zupełnego tych objawów. Dodać jednak trzeba, że w kilku przypadkach umyślnie stosowaliśmy wcierania aż do wystąpienia mocnego obrzmienia dziąseł i mocnego ślinotoku. Nigdy jednak nie dochodziliśmy do jakichkolwiek owrzodzeń w jamie ustnéj. Nawiasem zresztą mówiąc, ślinotok u chorych szpitalnych, którzy pomimo wszelkich zaleceń mniéj dbają o czystość jamy ustnéj, występuje wcześniéj i mocniéj, aniżeli u chorych prywatnych, więcéj dbałych pod tym względem. Utrzymanie czystości jamy ustnéj odgrywa tu widocznie wielką rolę, to też obrzmienie dziąseł nie jest bezwzględnym znakiem nasycenia leczniczego ustroju rtęcią.

Zastrzykiwania podskórne nierozpuszczalnych przetworów rtęci, mianowicie w postaci mięszanki kalomelu w oliwie (Neisser), stosowaliśmy 6 razy. Raz tylko dodatkowo zastosowaliśmy po wcieraniach zastrzykiwania żółtego tlenku rtęci, podług przepisu Watraszewskiego. Zastrzykiwaliśmy nieco mniejsze dawki kalomelu, mianowicie zamiast ogólnie przyjętéj ilości 0·10, stosowaliśmy 0·08. Zastrzykiwania robiono co tydzień a nawet w pewnych przypadkach co 10 dni. Ropni przy tych zastrzykiwaniach nigdy nie było. Objawów zatrucia oprócz ślinotoku nie spotykaliśmy żadnych. Czas trwania leczenia wynosił od 6 tygodni do 2 miesięcy.

Zadawanie wewnętrzne przetworów rtęci stosowaliśmy w 4 przypadkach, u dwóch dorosłych i 2 dzieci. Dorosłym zadawaliśmy jodnik rtęci w pigułkach (0·06 dziennie w 3 pigułkach, którą to dawkę podnosiliśmy na krótko do 0·09). Dzieciom zaś podawaliśmy kalomel w proszkach po 0·015, ilość tę powiększaliśmy do 0·02 dziennie. Pigułki i proszki chorzy przyjmowali przez 2 miesiące prawie bez przerwy do ustąpienia objawów przymiotu. Zatrucia rtęcią nie spostrzegaliśmy u tych. Biegunka wystąpiła w kilku przypadkach.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

Najwięcéj przypadków skrobiowatego i szklistego przeistoczenia spojówki spostrzegano dotąd w klinice Uniwersytetu Dorpackiego. Tam też w r. 1882 Th. Kubli opracował piękną swą rozprawę: „*Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren*“, w któréj przytoczył wszystkie uprzednio opisane przypadki. Lecz odtąd przybyło nam 13 nowych spostrzeżeń, zatem, jakkolwiek nie mam zamiaru przytaczać tu poszczególne przypadki, załączę jednakże ogólny ich opis.

W bardzo wielu przypadkach sprawa skrobiowata powstawała na gruncie jaglicowym, przedewszystkiem więc rozstrzygnąć wypada, czy jest ona zarówno jak sprawa szklista cierpieniem samodzielnem, czy stanowi może późniejszy tylko okres jaglicy, czy też nawet tylko przeistoczenie jaglicy, nie będę przytaczał zdań uprzednio wypowiedzianych, a opartych na mniejszéj ilości spostrzeżeń, powiem chyba, że pierwsi badacze (Oettingen i Kyber) dopatrywali związku pomiędzy obiema sprawami, znowu jak Saemisch i Stroehmberg na mocy własnych spostrzeżeń, wypowiedzieli zdanie, że obie sprawy zupełnie są od siebie niezależne. Z pomiędzy 48 przypadków (wraz z wyżéj przytoczonemi), których szczegóły bliżéj są nam znane, w 23 jaglicy wcale nie było, w 20 są zanotowane zmiany jaglicowe. Lecz jakież to były zmiany. „Liczne woreczki limfatyczne spostrzegano w jednym przypadku (v. Hippel), nieliczne i łuszczkę w jednym (Vossiusa 5-ty), obfite ziarniny w 8-miu (Becker, Stroehmberg 1, Jodko 2, Zwingmanna 2-gi i 3-ci, Adamiuka 2 i 3, Raehlmanna 1), nieliczne ziarniny w 2-ch (v. Oettingena i Kybera 2, Kubli 3). Wreszcie w pozostałych 8-miu przypadkach spostrzegano: jaglicę w okresie tworzenia się blizn 7 razy (Oettingen-Kyber 1, Saemisch Vogel, Mandelstamm i Rogowitsch, Zwingmann 1, Talko, moje 1-szy i 3-ci), rozlaną jaglicę w jednym przypadku (Leber 2). Jeśli nieliczne ziarniny w dwóch przypadkach spostrzegane (jak słusznie zauważył Kubli na str. 55) nie koniecznie stanowić mogły o jaglicy, trudno również przyznać bezwarunkowo sprawę jaglicową w 9-ciu przypadkach, w których spostrzegano na spojówce li tylko blizny (lub na rogówce łuszczkę), gdyż te nietylko z jaglicy powstać mogły. Wydaje mi się zatem prawdopodobnem, że jaglicy wcale nie było nietylko w 20, lecz co najmniéj w znacznie większéj liczbie przypadków. Daléj Kubli słusznie zwraca uwagę na okoliczność, że z pomiędzy 30 zebranych przez niego przypadków w jednym tylko (Saemisch-Vogel) spojówka przykrywająca narośle skrobiowate była dotknięta jaglicą, we wszystkich zaś innych jaglica (chociaż, jak widzieliśmy, bezwątpienia często bardzo podejrzanéj wartości), jeśli była spostrzeganą, to wyłącznie lub w drugiem oku, zwyrodnieniu skrobiowatemu nie uległem, lub też na częściach spojówki w tem samem oku położonych, lecz nie zwyrodniałych. Słuszności tego zdania bynajmniéj nie zaprzeczają te 13 przypadków, które nam od czasu pracy Kublego przybyły, gdyż z pomiędzy nich tylko w moim 4-tym przypadku mieliśmy bliznową jaglicę, a w 5 przypadku Vossiusa podejrzenie co do jaglicy, możemy więc powtórzyć z Kublim, że „spostrzeżenia dotychcza-

sowe stanowczo upoważniają raczéj do mniemania, iż powstawanie obok siebie obu spraw jest tylko przypadkowem, zaś częstość dotychczas spostrzeganych przypadków przebiegu sprawy skrobiowatéj niezależnie od jaglicy czyni prawie mniemanie to pewnikiem“ (str. 55).

Co się tyczy wieku, w którym cierpienie spostrzegano, uzupełniając zestawienia Kublego, otrzymamy następującą tabliczkę:

w wieku od 10—20 lat było chorych	10,	23·3%
„ „ 20—35 „ „ „	23,	53·4%
„ wyżéj 35 „ „ „	10,	23·3%

Liczby te nie wskazują bynajmniéj wieku, w którym cierpienie powstaje, gdyż o ile wiemy z przypadków przez czas dłuższy utrzymujących się na oku, rozwój zwykle bardzo jest powolny. Z pomiędzy 43 cierpiących było pod względem płci: mężczyzn 23, kobiet 20, czyli mężczyzn 53·5%, kobiet 46·5%, stosunek wypada zatem na niekorzyść mężczyzn.

Co do ogólnego stanu zdrowia, ten zawsze był mniéj lub więcéj zadowalający, o tyle przynajmniéj, iż z pomiędzy 43 przypadków w 9-ciu tylko spostrzeżono zmiany w ogólnym ustroju, z tych w czterech obrzmienie gruczołów limfatycznych, w czterech niedokrewność, w jednym reumatyzm mięśniowy. Wszakże stanowczo w żadnym przypadku nie dostrzeżono cierpień, które są zwykle powodem zwyrodnienia skrobiowatego organów wewnętrznych. Pod tym względem spojówka stanowi wyjątek. Co prawda, już Kyber (l. c, str. 132) dowiódł możności powstawania miejscowéj sprawy skrobiowatej w chrząstkach, gruczołach limfatycznych i skórze; wszakże osobniki te zawsze ulegały cierpieniom, które bez wątpienia wpływ potężny na stan ogólny wywierały, tak dalece, że Cohnheim nie przyznaje zwyrodnienia skrobiowatego bez chronicznego, ciężkiego cierpienia organizmu. Nie na korzyść powstawania zwyrodnienia skrobiowatego spojówki wskutek niezadowalającego ogólnego stanu organizmu przemawia również okoliczność, iż z pomiędzy 43 przypadków sprawę znajdowano w 17 w obu oczach, w 26-ciu w jednem tylko, w ostatnim razie częściéj w lewem (16) niż w prawem. We wszystkich przypadkach były rażone fałdy przejściowe, wyjątek stanowią tylko przypadki Raymonda i 2-gi Rachlmanna, w których sprawa zajmowała li tylko spojówkę gałki. Nadto na rogówce raz jeden tylko ją spostrzegano. Fałd półksiężycowy był dotknięty w 17-tu przypadkach.

Opisane w literaturze przypadki znacznie się pomiędzy sobą różnią, mają wszakże pewne cechy wspólne, które dają nam możność skreślić następujący obraz cierpienia. Skóra powiek była prawidłową i przesuwalną (w 1 szym przyp. Oettingena-Kybera, w 2gim Rachlmanna i w 3-cim Vossiusa barwa jéj była brunatną), w wyższych stopniach zwiększenia powiek daje się w niéj spostrzegać siatka rozszerzonych żył. Powieki są jakby ku wewnątrz wysadzone; w wyższych stopniach zwyrodnienia obu powiek w jednem oku tworzą one ku przodowi jakby półkole, jednocześnie brzegi ich wolne są jakby odsunięte ku przodowi od gałki, rzadko stosunkowo brzeg jest zwrócony ku gałce, a rzęsy podwinięte. Już w słabym stopniu zwyrodnienia odwracanie powiek bardzo bywa utrudnionem, w wyższych zaś stopniach jest zgoła niemożliwem. Przy odwracaniu tkanka łamać się może, powstają w niéj szpary, a nawet krwotoki. Górna powieka często tak dalece bywa opadniętą, iż brzeg jéj wolny znajduje się znacznie niżéj od brzegu dolnéj powieki. Przy namacywaniu zwyrodniałe powieki są twarde, powierzchnia najczęściéj guzowata. Już te zmiany niekorzystnie wpływają na wzrok, lecz o wiele szkodliwiéj jeszcze wyrosty w kształcie języków lub grzebieni kogucich, które powstają bądź z fałdów przejściowych, bądź z fałdu półksiężycowego i przykrywają znaczną część lub całą nawet rogówkę.

Gdzie się znajduje właściwe siedlisko sprawy? W opisach przypadków, pierwszych zwłaszcza, często jest mowa w ogólności o „zwyrodnieniu powiek“. Vogel opisuje przypadek Saemischa wprost jako *Perichondritis des Tarsalknorpels*, znów G. J. Becker ma w swoim przypadku *amyloid degeneration of tarsi*. O zwyrodnieniu chrząstek mówi też w swych przypadkach Strohmberg, Adamiuk również wspomina o zwyrodnieniu chrząstki, lecz uważa je za następcze. Dodać muszę, iż w żadnym przypadku nie dokonał on szczegółowego badania drobnowidowego, poprzestaje tylko na krótkiéj wzmiance, iz Arnstein badając jego przypadki znalazł w nich typowe zwyrodnienie skrobiowate. Twierdzenia te w ostatnich 3 przypadkach nie były zatem oparte na badaniach anatomicznych, co się tyczy przypadku Saemischa-Vogla, Zwingmann (l. c. str 173) słuszną robi uwagę, iż chyba nie była to chrząstka, gdyż przy badaniu anatomicznem gruczołów Meiboma wcale w niéj nie znaleziono. „Otaczająca chrząstkę tkanka spojówkowa“, mówi Zwingmann, „zwłaszcza tkanka podspojówkowa przez rozrost i zwyrodnienie staje się powodem pozornego zwiększenia chrząstki we wszystkich jéj wymiarach i klinicznego złudzenia współudziału chrząstki“. Rozpatrując się w opisanych przypadkach przychodzimy do wniosku, że sprawa powstaje początkowo zawsze prawie w spojówce, w fałdzie przejściowym, przeważnie w téj części jego, która przykrywa brzeg oczodołowy chrząstki. Części te, jak dowiódł już Waldeyer (Graefe i Saemisch. *Handb. d. gesammt. Augenheilk.* Bd. I. str. 24) zawierają obficie najzupełniejszą tkankę adenoidalną. Fałd przejściowy był rażony we wszystkich prawie przypadkach, gdyż wyjątek w tym względzie stanowią tylko przypadki Reymonda i 2-gi Rachlmanna. W początkowych okresach zwyrodnienie często znajdujemy li tylko w obrębie fałdów.

W dalszym porządku ulegają zwyrodnieniu inne części spojówki, fałd półksiężycowy, spojówka gałki i spojówka powiek, na téj ostatniéj zresztą najpierw wyrosty są o wiele mniejsze, powtóre we wszystkich znanych dotychczas przypadkach pozostawało nie rażonem przynajmniéj wązkie pasemko spojówki obok brzegu swobodnego powieki położone. Co się tyczy spojówki gałki, ta była rażoną we wszystkich przypadkach, w których zmiany chorobowe były znaczne. Nie dość na tem, nasuwała się ona na rogówkę i przykrywała nieraz dość znaczną część jéj powierzchni. Zwingmann, opisując rozwój stopniowy sprawy skrobiowatéj skreśla go temi słowy: „w ogóle rozrost łatwo szerzy się wszędzie, gdzie się znajduje tkanka podspojówkowa luźna, przesuwalna i łatwo dająca się rozciągnąć, unika natomiast twardéj tkanki chrząstki i przykrywającéj ją spojówki“ (l. c. str. 175) — Unika, co prawda, lecz nie bezwarunkowo, gdyż zwyrodnieniu ulegają niekiedy brzeg wolny powiek, jakoteż wewnętrzne warstwy chrząstki. Dane, które niżéj przytoczę, dowodzą, że sprawy szklista i skrobiowata początkowo powstają raczéj w warstwie właściwéj spojówki. Najczęściéj rozrost bywa rozlany i wskutek tego nie jest dość wyraźnie

odgraniczony od części otaczających; tylko w przypadkach Kylla i Quagliny i Guaity nie mieliśmy wcale rozlanego nasięku, lecz wyraźnie ograniczone guzy. Uważałbym przeto za właściwszą dla cierpienia dawną nazwę „zwyrodnienia“, w miejscu „guza“, użytéj po raz pierwszy przez Zwingmanna.

Przytoczonych cech dość jest, by poznać cierpienie; są one o tyle typowe, iż, jak słusznie nieraz już powtarzano, nie dają się spostrzegać w żadnem innem cierpieniu spojówki; zbytecznem by też było traktować o rozeznawaniu cierpienia. Przejdę przeto do etyjologii. Widzieliśmy już, że sprawa skrobiowata spojówki jest cierpieniem samoistnem i niezależnem ani od ogólnego stanu organizmu, ani od stanu saméj spojówki, mianowicie jaglicowe zwyrodnienie zdaje się żadnéj tu roli nie odgrywać. Szukając innych powodów nie będziemy szczęśliwsi, gdyż z notatek odpowiednich dowiadujemy się tylko, iż z pomiędzy 43 przypadków w trzech miało miejsce obrażenie otaczających oko części, w trzech innych chorzy ulegali silnemu zaziębieniu. Przypomnę tylko, jak często zdarzają się zajścia podobne i jak rzadko stosunkowo napotykamy zajmujące nas zwyrodnienia, daléj ile to przeróżnych baśni prawią nam chorzy o powstawaniu zaćmy — i rzecz prosta, iż fakta te najmniejszéj nie mogą mieć dla nas wartości. Zatem etyjologija cierpienia wcale nie jest nam znaną. Nie o wiele jesteśmy szczęśliwsi co do znajomości przebiegu cierpienia. Daty przez chorych przytaczane nie zawsze na wiarę zasługują, powtarza się tu to samo, co w obec jaglicy, gdy chorzy cierpiący co najmniéj od kilku lat stanowczo upewniają, że cierpienie datuje się od kilku tygodni, ledwie nie od kilku dni. Co się tyczy późniejszego rozwoju, ten nie we wszystkich przypadkach jest jednaki, może być prędszy, to znów powolniejszy, a że szybkość wyrastania bardzo znaczna być może, najlepiéj dowodzą tego spostrzegane przypadki recydywy. Przypomnę tu o 2-gim przyp. Stroehmberga, przyp. Stroehmberga-Zwingmanna, 2-im Raehlmanna i 3-im Kublego; w tym ostatnim dokonano wymiarów nowotworu, które dowiodły, iż w ciągu miesiąca narośl powiększyła się mniéj lub więcéj o piątą część własnéj swéj objętości. Nadto co do długości rozwoju, mamy pewniejsze daty, dotyczące czterech przypadków. W 1-szym przyp. Lebera cierpienie trwało dłużéj nad 5 lat, w przyp. Stroehmberga-Zwingmanna przeszło 8, w 3-cim przyp. Zwingmanna 9 lat, w moim pierwszym 2 lata. W innych przypadkach już tylko według słów chorych cierpienie trwało od 5 miesięcy do 20-tu lat.

Niektóre z przytoczonych dat są co prawda dość niepewne, ze względu wszakże, iż tylko w trzech przypadkach cierpienie trwać miało mniéj niż jeden rok, upoważniają do wniosku, że zwyrodnienia szkliste i skrobiowate są cierpieniem chronicznem *par excellence.* Zdanie to stwierdzają najzupełniéj skargi cierpiących. Początkowo zjawiska bardzo są nieznaczne: ciężar powiek, podniesiona wrażliwość oczu na światło, kurz, zmiany ciepłoty, wiatr, czasami też widocznem jest, iż początek cierpienia stanowił ostry nieżyt spojówki. W późniejszych okresach tkanki łatwo pękają tak, iż wskutek nieznacznych powodów powstają krwotoki. Późniéj powieki stają się już bardzo ciężkie tak, iż cierpiący z trudnością je podnoszą, lub też wcale podnieść nie mogą. Pochodzi to ze znacznego opadnienia górnych powiek, sprowadzonego zwiększoną objętością tychże. Opadnienie utrudnia i uniemożliwia nawet wzrok, zwłaszcza iż jednocześnie okolicę źrenicy przykrywać mogą powstające z błony spojówkowéj wyrosty; często też chorzy rozszerzają szparę powiek za pomocą palców. O wiele mniéj wpływają na wzrok cierpienia saméj rogówki, które jednak napotykamy dość rzadko, nadto nigdy one nie bywają znaczne. Stan rogówki zanotowano w 38 przypadkach, z tych w 21 żadnych w niéj zmian nie było. Nadżarcia powierzchowne i rany spostrzegano w 4 przypadkach (2-gi Stroehmberga, 1-szy i 2-gi Kublego, 5 ty Vossiusa), rany w 2-ch (Hippel i prawe oko 1 go przyp. Kublego), łuszczkę w 4-ch (w obu przyp. Oettingena Kybera. Porywajewa i Talki), w jednym przyp. był skrzydlik (1-szy Vossiusa). Bliższego powodu powstawania ran szukać należy w warunkach mechanicznych, które polegały bądź na ciśnieniu, wywieranem przez przerost na naczynia, bądź też na tarciu, przynajmniéj Hippel przytacza w swoim przypadku, iż odpowiednio do rany na rogówce, w spojówce znajdował się ostry kawał wapna, Kubli zaś wspomina, że rana na rogówce była położoną odpowiednio do miejsca, w którem najwięcéj było wyrostów. Co się tyczy łuszczki na rogówce, to spostrzegano ją tylko w tych przypadkach, w których obok zwyrodnienia istniała jednocześnie jaglica. Wyjątek mógłby stanowić chyba przypadek Porywajewa, lecz w nim właściwie łuszczka zajmowała tylko nieznaczną część rogówki, któréj całą prawie powierzchnię zajmowało bielmo, najprawdopodobniéj dawnego pochodzenia. Zważywszy tę okoliczność, tembardziéj obstawać możemy przy zdaniu, że sprawa szklista i skrobiowata stosunkowo bardzo rzadko sprowadza zmiany następcze w rogówce. Powolny przebieg zwyrodnienia dostatecznie tłómaczy zupełny prawie brak zjawisk zapalnych. Opierając się na wynikach własnych badań, jakoteż prac Raehlmanna, Kubli przyznaje w zwyrodnieniu skrobiowatem cztery okresy: 1) okres bujania adenoidalnego; 2) okres szklistego zwyrodnienia; 3) okres prawdziwego skrobiowatego zwyrodnienia i 4) okres zwapnień i skostnień. (C. d. n.)

V. Sprawozdanie z czynności lekarskich w szpitalu powszechnym imienia Gizeli w Sokalu za lata 1888 1889 i 1890.

Napisał

Dr. Józef Łuszczkiewicz,

sekundaryjusz tego szpitala.

Zachęcony przez Inspektora szpitali galicyjskich WP. Dra Jana Stellę Sawickiego podaję niniejsze sprawozdanie w téj myśli, że opis stanu szpitala, będącego wyrazem potrzeb zdrowotnych danego kawałka kraju a równocześnie dążącego do zaspokojenia tych potrzeb, właśnie może być przyczynkiem do znajomości ogólnego stanu szpitali galicyjskich. Sprawozdanie tem więcéj wydaje mi się być na czasie, że w obec niedalekiéj budowy nowego gmachu i powiększenia liczby łóżek będzie ono niejako zamknięciem dawniejszych rachunków.

Dzieje szpitala nie są dawne ani zawiłe. Założony w r. 1878 dzięki niezmordowanym zabiegom ówczesnego prezesa Rady powiatowéj, Stanisława Polanowskiego, z funduszów powiatowych przy pomocy publicznéj ofiarności, uzyskał rychło prawa szpitala powszechnego i dziś po 13 latach istnienia, nacechowanego ciągłym postępem, zajmuje poczesne miejsce w szeregu galicyjskich szpitali, o czem świadczą następujące cyfry z roku 1889: procent śmiertelności 5·16%, średni pobyt chorego dni 16·9, ilość dni leczenia 25,953. Szpital mieści się w samym środku Sokala, w miejscu ze wszech stron otoczonem wolną przestrzenią, oddzielony od

domów mieszkalnych ulicami i szeregiem drzew, gmach szpitalny piętrowy, murowany, blachą pokryty mieści na parterze biuro zarządu, łazienkę i oddział męski złożony z czterech sal nierównéj wielkości, mogących pomieścić ogółem około 50 chorych. Na piętrze znajduje się obszerna kuchnia, składy żywności, mieszkanie rządcy szpitala i sale obejmujące oddział kobiecy. Sal jest cztery, w każdéj stoi kilkanaście łóżek. Na piętrze jest w końcu sala operacyjna duża i doskonale oświetlona. Urządzenie jej składa się ze stołu operacyjnego, ze sofy do badania kobiet, z długiego i wąsskiego stołu do badań drobnowidowych i prób chemicznych, oraz z kilku szaf, mieszczących w sobie narzędzia i książki lekarskie. Narzędzia pochodzą od Collina z Paryża i Reinera z Wiednia, mikroskop od Zeissa. Sale wszystkie są wysokie, z dużemi oknami, przewietrzane zapomocą wentylatorów. Podłoga wszędzie pokryta pokostem, w sieniach i w korytarzach zaopatrzona w jutowe chodniki. Na górze i na dole oszklone ganki wiodą do wychodków, nadto w każdéj sali znajduje się stolec szczelnie zamykany i odwietrzany zapomocą torfu sposobem automatycznym. Sala sekcyjna umieszczona jest na dole w miejscu odosobnionem.

Ponieważ szpitale najbliższe są w znacznéj odległości, bo w Brodach, w Żółkwi i w Jarosławiu, przeto szpital sokalski musi zaspokoić istotne potrzeby trzech powiatów, t. j. własnego a w dalszym rzędzie rawskiego i części kamionneckiego; dzięki zaś bliskiemu sąsiedztwu z ziemią hrubieszowską i z Wołyniem często daje przytułek gościom z zagranicy, zwłaszcza wymagającym chirurgicznego leczenia. Stan chorych składa się głównie z wieśniaków Rusinów, z żydowskich i chrześcijańskich mieszkańców nędznych miasteczek okolicznych i ze służby dworskiej lub wyrobników, prawie bez wyjątku Mazurów, których z domu przeludnienie i bieda wypędza za chlebem co roku całemi tysiącami we wschodnie części kraju. Nauczyciele ludowi, oficyjaliści, straż skarbowa i różni przejezdni lub zajęciem tu przygnani ajenci, urzędnicy i t. p. stanowią inteligentną część chorych; dzienna cyfra chorych waha się między 50 a 80, zimą nierzadką jest liczba 100 i nieco wyżéj.

Po tym koniecznym wstępie przechodzę do sprawozdania z czynności lekarskich za wspomniane trzy lata; niektóre szczegóły obejmują nadto koniec 1887 i pierwsze tygodnie bieżącego roku. Szpital tworzy pod względem leczniczym jednolitą całość, nie zaś osobne oddziały a jedynie usilne dążenie do grupowania obok siebie poszczególnych chorób dozwala utrzymać ład i ułatwia przegląd. Co do liczby pierwsze miejsce zajmują chorzy chirurgiczni; im też oddana jest największa sala, z konieczności tylko udzielająca niekiedy przytułku wenerycznym. W sali téj wykonywają się mniejsze zabiegi chirurgiczne, większe odbywają się w sali operacyjnéj ze starannem zachowaniem wymagań nowoczesnéj antyseptyki przy pomocy wyćwiczonéj służby i współudziale rządcy, który z wielką wprawą dogląda uśpienia chloroformowego. Operacyj większych dokonano ogółem sto kilkadziesiąt w ciągu trzechlecia, z których ważniejsze poniżéj wymienię. Nowotworów złośliwych i łagodnych wyłuszczono dwadzieścia dwa, (co do raków i mięsaków brak jest wiadomości o dalszych losach chorych, przez co dobre rzekomo wyniki zabiegów wiele na wartości tracą). Tu zaczynając *ab ovo* godzi się policzyć kastracyję u dorosłego mężczyzny z powodu wielkiego *fibrosarcoma testis*, daléj *enucleatio bulbi* u czteroletniego dziecka żydowskiego, *amputatio penis* z powodu *sarcoma glandis* u dorosłego mężczyzny; raków wargi dolnéj wycięto ośm u mężczyzn, a jeden u kobiety, zawsze a ludzi podeszłego wieku. Raków twarzy wogóle operowano 11. Częste gdzieindziéj raki sutków są rzadkością w tych stronach tak, że raz tylko i to po za szpitalem widziałem przypadek raka sutka zarówno przezemnie, jak i przez kolegów za jedyny nam wiadomy uznany. *Chondroma* operowano ze względów kosmetycznych u 20-letniego pastucha, który z powodu bajecznych rozmiarów nosa był pośmiewiskiem w rodzinnéj wiosce. Dr. R. Barącz, operator ze Lwowa, bawiąc w Sokalu wyciął klinowato niekształtne masy i utworzył nos wprawdzie nie klasyczny ale wytrzymujący surową krytykę. Rana zagoiła się *per primam* a uszczęśliwiony chłopiec zaniósł do domu przerobioną ozdobę twarzy. Hydrocele operowano podług Volkmanna dwa razy na żądanie chorych, ludzi młodych, którym sprzykrzyło się częste wypuszczanie płynu trójgrańcem. Tracheotomiję wykonano trzy razy; raz u 4-letniego dziecka z powodu błonicy, która w końcu zabiła dziecię pomimo ustąpienia duszności, dwa razy z powodu kilakowych owrzodzeń krtani; jeden z tych przypadków został uleczony, drugi zakończył się śmiercią a jak badanie pośmiertne wykazało, przyczyną zejścia były rozległe zmiany, zwężające światło tchawicy aż do pierwszorzędnego rozdwojenia. Amputacyj kończyn wykonano ośm, częścią z powodu zmiażdżenia, częścią z powodu sprawy gruźliczéj kości i stawów, niedającéj się w oględniejszy sposób usunąć. Raz odjęto ramię z powodu *elephantiasis* u starszéj niewiasty.

Resekcyję żebra robiono raz u dorosłego mężczyzny z powodu ropnego zapalenia opłucny: operacyja po tygodniu zakończyła się śmiercią, gdyż chory był bardzo wyczerpany. Herniotomiję robiono dziewięć razy, z tych dwa przypadki zakończyły się niepomyślnie: jeden odnosi się do kobiety, którą już konającą przywieziono do szpitala; po otwarciu worka napotkano śród brudnéj treści przedziurawioną i obumarłą pętlę jelita — po dokonanem *débridement* resekowano w zdrowych granicach obumarłą część i kiszkę dowodzącą zeszyto z odwodzącą szwem Czernego. Śmierć nastąpiła w $1^1/_2$ godziny po operacyi. Drugi przypadek dotyczy starca z ogromną uwięźniętą przepukliną pachwinową. Po repozycyi objawy niedrożności nie ustąpiły a dalszy przebieg trwający kilka dni usprawiedliwiał podejrzenie, że przeszkoda druga znajduje się w jamie brzusznéj. Przy sekcyi znaleziono ją w postaci *intussusceptio ileo-coecalis*. W obu więc przypadkach z czystem sumieniem szukać możemy przyczyny śmierci w okolicznościach nie zależnych od operującego.

Reszta przypadków była tak pomyślną, że zachęceni wynikami tych pierwszych usiłowań, które i po za szpitalem się powiodły, przekroczyliśmy kresy *indicationis vitalis* i ostatnia herniotomija wykonaną została szczęśliwie na przepuklinie wolnéj. Kilkakrotnie zabiegi zewnętrzne usunęły konieczność operowania, zwłaszcza w świeżych przypadkach przepuklin pachwinowych, gdzie bez obawy można było użyć znaczniejszéj siły. Jak cenną rolę grają moralne wpływy przy usuwaniu przepuklin, świadczy przypadek, w którym przepuklina opierająca się kilkakrotnym długotrwałym wysiłkom już przed ułożeniem chorego na stole operacyjnym śród głośnego kruczenia cofnęła się przy nowéj z niedowierzaniem podjętéj próbie. Narkoza nigdy nie ułatwiła odprowadzenia przepukliny, pomimo, że przed operacyją zawsze powtarzano ręczne zabiegi na uśpionym chorym. W ogóle przepukliny w praktyce prowincyjonalnéj często przeoczają tam nawet, gdzie objawy niedrożności domagają się szukania téj najczęstszéj a tak pożądanéj przyczyny. Zaniedbanie to fatalne ma następstwo, niedarmo też wołał Niemeyer: *Wehe dem Arzte, wenn er nicht gründlich auf Hernien untersucht hat!* Z chirurgii kości mamy pięć sekwestromij i kilkanaście mniejszych zabiegów polegających przeważnie na skrobaniu ognisk gruźliczych. Złamań było razem 50, z tych dziesięć było powikłanych; odnosiły się one przeważnie do kości długich kończyn, oraz do żeber i do obojczyka. Leczono je za pomocą ustalenia, na kończynach za pomocą gipsu, raz tylko złamanie kości udowéj leczono w ekstenzyi, bo z powodu małéj inteligencyi chorych urządzenie tego rodzaju opatrunku małe przynosi pożytki. Powikłane złamania, jeżeli tylko rana była nie wielka i wolna od drzazg kostnych i nieczystości, ujmowano w opatrunek gipsowy po dokładnem odrażeniu i ani razu nie było potrzeby zdjęcia gipsu przed zupełnem wyleczeniem.

Drobna chirurgija polegająca na leczeniu różnorodnych zranień, obrażeń i ubytków powłok zewnętrznych, stanowiła najobszerniejszy dział omawianego zakresu pracy szpitalnéj. Kazuistyka tych ran mniejszych i większych może służyć za wierne odbicie wszystkich gwałtownych i smutnych wy-

darzeń, jakie mącą spokojny z pozoru bieg życia wiejskiego. Około 300 przypadków przesunęło się w ciągu trzechlecia przez lekarski protokół; przerzucając go widzi się, jak mimo przypadkowości pozornéj pewne szczegóły etyjologiczne stale się powtarzają jakby na dowód, że życie ciągle jedną toczy się koleją. Zasady leczenia obrażeń były następujące: każdą ranę starano się najprzód troskliwie zdezinfekcyjonować, uciekając się w razie trudności do narkozy, powierzchnię skóry pokrytą włosami golono i zmywano ranę ciepłym roz-czynem sublimatu kwaśnym (według Laplace'a) w domu przygotowanym, obecnie zaś używa się pastylek sublimatowych Angerera. Następnie po wykonaniu wskazanego rękoczynu zaprószano ranę jodoformem i zaopatrywano gazą jodoformową 20%, białą watą i organtynową opaską. Zamiast sączków, tam gdzie potrzebne odprowadzanie wydzieliny, używa się zwykle zwitków gazy. Rany cięte świeże posypywano jodoformem odrazu, bo w ogóle polecany przez Landerera i innych sposób suchego opatrywania ran okazuje się w drobnéj chirurgii prowincyjonalnéj bardzo stosownym. Na rany darte i miażdżone, wyglądające nieczysto, niezawodnie działały okłady z płynu Burowa; późniéj posypane jodoformem i ściągnięte przylepcem goiły się rany w ten sposób przygotowane bardzo pomyślnie. Tu nie od rzeczy będzie wspomnieć o ranach wywołanych przez ukąszenie psów wściekłych. Rany takie wypalano azotanem srebrowym, leczono jak inne a chorego zatrzymywano przez 40 dni w szpitalu w biernem oczekiwaniu następstw. Na szczęście zwykle kończyło się na obawach, w jednym tylko przypadku wystąpił wodowstręt i po pięciodniowem trwaniu zakończył się śmiercią choréj, kilkuletniéj dziewczynki włościańskiéj. Jeden taki wypadek wystarczy, aby na długo utrwalić w pamięci kliniczny obraz wścieklizny i napełnić goryczą, że społeczeństwo nasze nic dla tych nieszczęśliwych nie czyni, choć instytucyja na wzór Pasteura nie należy przecież do niemożliwości. Najsmutniejsze jednak wspomnienie pozostawiły przejścia zmarłego na wodowstręt w roku 1888 kolegi Dra Wincentego T. lekarza z Bełza, dokąd świeżo się był sprowadził. Po ukąszeniu w 3 miesiące pojawiły się pierwsze przypadłości. Nieszczęśliwy kolega, niepewny rozpoznania, przybył wraz z młodą żoną do szpitala naszego i po trzech dniach pobytu pełnego scen okropnych uciekania po nocach, szamotania się z dozorcami, dławienia się przy odżywianiu sondą, odwieziony został przez litościwego rządcę szpitala do Lwowa, gdzie w parę dni potem umarł. Obraz istotnie z padołu niedoli podjęty: po wielu latach walki z niedostatkiem i chorobą ukończył studyja, założył rodzinne ognisko i zaledwie zaczął zbierać owoce mozolnéj pracy, padł ofiarą przypadku, który śród męczarni zabrał go z tego świata. O b c e c i a ł a wydobywano kilkanaście razy. Były to zwykle ziarna fasoli lub grochu zapchane przez dzieci do ucha lub do nosa. Ciekawy był przypadek wydobycia z pęcherza kobiety złamanego przez wiejską akuszerkę metalowego cewnika. Po wypuszczeniu moczu z krwią zmięszanego a od doby zatrzymanego, wydobyto obce ciało za pomocą przyrządu Collina, działającego w ten sposób, że uchwycone poprzecznie obce ciało ustawia się swą długą osią w przedłużeniu osi długiéj narzędzia i łatwo daje się wyciągnąć.

O p a r z e ń leczono 39. Najwięcéj dostarczyły ich gorzelnie, bądź przez wadliwe urządzenie techniczne, bądź przez nieostrożność samych ofiar. Leczenie polegało na suchym opatrunku jodoformowym, polecanym przez v. Mosetiga a mającym wielką wartośc ze względu na prostotę, czystość i łatwość roboty. Opatrunek ten ułatwia pokrycie powierzchni przyskórkiem, w rozległych zaś ranach daje gładkie i silne blizny. Uważać tylko potrzeba przy zmianie na dokładne odmoczenie dawnego opatrunku. W późniejszych okresach gojenia dostawali chorzy maść borową. Na 39 przypadków straciliśmy dwa, w których oparzenie zajmowało bardzo rozległe przestrzenie. Pomimo przewlekłych ciepłych kąpieli, leków podniecających, rozgrzewania chorych, śmierć następowała rychło wśród zapadu.

O d m r o ż e n i a leczono 36 razy. Z tych po 3 przypadki były w roku 1889 i 1890 a 30 w ciągu ostréj zimy 1888 roku. Przypadki odnosiły się do palców rąk i stóp i przebiegały ciężko, bo wynikiem były utraty falang, zrośnięcie palców i t. p. I w tym dziale jodoform i antyseptyka dobre oddały usługi.

Przechodzę do c h o r ó b w e n e r y c z n y c h. Wogóle leczono przypadków 203 w ciągu trzechlecia uwzględniając zarówno przymiot jak i rzeżączkę. Liczba ta odnośnie do przymiotu nie jest wyczerpująca. Najrozmaitsze postacie wpływu syfilis na drugie pokolenie znajdują umieszczenie w innych działach wykazu chorób i uchylają się z pod kontroli; wątpliwe przypadki przymiotu w późnych okresach, jakoto choroby nerwowe, chery i t. p. również nie dają się odpowiednio podporządkować. To też twierdzić można, że złe większe jest, niż pozorne obliczenia wykazują.

W przeświadczeniu, że każdy poszczególny przypadek, leczony w szpitalu, jest tylko jednem ogniwem w długim łańcuchu zakażenia a zatem wyleczenie danéj osoby nie usuwa wcale złego, stara się szpital w porozumieniu ze starostwem o wykrycie źródła choroby. Lekarz powiatowy Dr. A. Broniowski nie szczędzi zachodów, wyzyskuje gruntownie doniesienia szpitalne, a ze swéj strony wysyła do leczenia wszystkie wykryte przypadki. W ten sposób udaje się przy wspólnéj pracy dociec początków każdéj poszczególnéj endemii i przenieść ją na właściwy grunt, t. j. do szpitala. Niestety, im sprawę tę głębiéj się rozważa, tém więcéj poznaje się płonność dotychczasowych środków zaradczych i prohibicyjnych. Z jednéj strony wpływa na to brak pewności, że chory jest uleczony, choć wychodząc że szpitala żadnych zmian chorobowych nie przedstawia, z drugiéj zaś dozór nad syfilitycznymi na wolności wiele bardzo pozostawia do życzenia. Przykłady z ksiąg szpitalnych rzecz objaśnią: przyniesiono dwoje dzieci z Sokala chorych na „pryszczyki w kroku“, okazało się, że są to kłykciny sączące a dzieci przedstawiają obraz *syphilis secundaria*. Wywiady stwierdziły, że w domu ich rodzicielskim zamieszkał brat ojca T. po powrocie z wojska, gdzie już w szpitalu garnizonowym był leczony. Sprowadzono owego T. i znaleziono u niego podobne, jak u dzieci zmiany. Poprzednio jednak zdołał on zakazić wdowę G., osobę niestatecznych obyczajów, która w fatalny sposób nadużyła popularności w kołach młodzieży męskiéj, gdyż na razie udało się wykryć trzy ofiary, a słuszne są przypuszczenia, że nie skończyło się na nich.

Przykład ten objaśnia, jak wywiady wyciągnęły na jaw całe gniazdo choroby szerzącéj się wśród zdrowéj dotychczas ludności miasta. Inny przykład: Oryszka C. wyrobnica leczona po raz pierwszy na syfilis w r. 1887 zjawia się okresowo w szpitalu w najrozmaitszych fazach burzliwego życia; raz przybywa z noworodkiem obciążonym macierzystą chorobą, to znów w ciąży, zakończonéj w szpitalu przedwczesnym porodem, to z raną ogromną na plecach, którą sierpem zadała jéj w przystępie zazdrości żona wieśniaka, obdarzonego przez nią względami i chorobą; każdy jej pobyt na wolności nacechowany jest zakażeniem nowych ludzi, z którymi podczas włóczęgi stykała się po karczmach, lasach, cegielniach i robotach polnych.

Typ to pospolity śród mas bezdomnego proletaryjatu, wyrządzający nieobliczalne szkody zdrowiu publicznemu. Ostatni przykład: Lokaj w pewnym dworze nadgranicznym rozpowszechnia syfilis śród służby, ztamtąd choroba przenosi się z jedną rodziną do innego oddalonego dworu i ogarnia prawie całe młode pokolenie folwarcznéj służby; przypadek naprowadza na ślad endemii, która dzięki energii lekarza powiatowego na czas została przerwana. Okazuje się z tych przykładów, że jedynem racyjonalnem postępowaniem jest śledzenie początków choroby i wykorzenienie jéj u podstawy. O ile ta część walki z przymiotem dobre daje wyniki, o tyle dozór nad chorymi po wyjściu ze szpitala szwankuje bez miary. Zaprzeczyć się nie da, że rozciągnienie czynnéj opieki nad chorym, który opuścił szpital, napotyka w realnem życiu na ogromne przeszkody a jednak w interesie publicznym należałoby koniecznie te wszystkie osoby, które nie mają dość silnie rozwiniętego poję-

cia o swéj chorobie, aby z własnego popędu od czasu do czasu zjawiać się u lekarza. Kontrola taka, utrudniona już przez zmianę miejsca pobytu, musiałaby również uwzględnić tajemnicę chorego, gdyż wyjawienie jej w książce służbowéj, paszporcie itp. dokumentach mogłoby odstraszać chlebodawców. Sprawa do rozwiązania trudna a jednak wołająca na gwałt. Również władze wojskowe mogłyby urlopników syfilitycznych wykazywać starostwom a już to przyczyniłoby się wielce do stłumienia choroby, która w urlopnikach ma gorliwych krzewicieli. Tyle co do syfilis.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Prof. W. Koch (Dorpat): **O amputacyi uda sposobem Sabaniejewa.**

W roku zeszłym podał w zeszycie styczniowym miesięcznika „Chirurgiczeskij Wiestnik" Dr. Sabaniejew z Odesy nową metodę operacyi osteoplastycznéj na udzie, którą nazwał *amputatio femoris intercondyloidea osteoplastica.* Sposób ten, obmyślany zręcznie i na racyjonalnych oparty podstawach, czyni zadość jednemu z najważniejszych zadań téj operacyi, funkcyjonalnéj zdatności kikuta. Wykonanie operacyi w krótkich słowach przedstawia się jak następuje. Poczynając od wierzchołków obydwóch *condyli femoris* prowadzi się ku dołowi cięcia skórne po wewnętrznéj i zewnętrznéj powierzchni podudzia; na szerokość 2 palców poniżéj *tuberositas tibiae* łączy się je cięciem poprzecznem przez przednią powierzchnię podudzia. Dolny brzeg otrzymanego w ten sposób płata odpreparowujemy nieco wraz z okostną *tibiae* do wysokości *tuberositatis;* w miejscu tem przecinamy cięciem głębokiem poprzecznie wszystkie mięśnie zrośnięte z kością goleniową i, przedłużając cięcie na powierzchnię tylną, tworzymy płat skórny tylny, krótszy o szerokość 2-ch palców od przedniego. Płat ten wraz z cienkim pokładem mięśni odpreparowuje się ku górze do wysokości linii międzystawowéj tylnéj; w miejscu tem przecinamy poprzecznie mięśnie, ścięgna, nerwy, naczynia i torbę stawową. Po otwarciu stawu przecinamy pozostałe więzadła boczne i wewnętrzne, poczem całe podudzie daje się zupełnie zwichnąć tak, iż możemy ułożyć je na przedniéj powierzchni uda.

W tem położeniu, poczynając od powierzchni stawowéj *tibiae* i prostopadle do niéj zaczynamy piłować kość tę wzdłuż ku dołowi, trzymając się linii cięć skórnych podłużnych; doszedłszy do wysokości *tuberositatis tibiae* cofamy piłę, układamy podudzie w pozycyi zwykłéj i piłujemy w téj wysokości od przodu ku tyłowi (resp. z góry na dół). Teraz obydwa płaty: przedni, zawierający rzepkę i wypiłowaną część kości goleniowéj i tylny odsuwamy ku górze tak, aby odsłonić powierzchnię stawową dolnego końca uda; powierzchnię tę odpiłowujemy prostopadle do długości uda; wreszcie, złożywszy obydwie przepiłowane powierzchnie kostne, uda i goleni, bez szwu kostnego, łączymy ze sobą brzegi płatów skórnych. Oprócz jednego przypadku, operowanego tą metodą przez autora, przypadki opisane przez Kocha są pierwsze w literaturze. Koch wykonał opisaną amputacyję u wielu chorych, dotkniętych różnemi cierpieniami stopy i podudzia (1. ogromny mięsak zropiały na stopie i podudziu, 2. zgorzel wskutek zmiażdżenia dolnéj części podudzia, 3. *necrosis* części kości goleniowéj, 4. rak i gummata podudzia i pięty, 5. gruźlica stawu skokowego, kości podudzia i wrzody gruźlicze, — i u wszystkich otrzymał wynik operacyi zupełnie dobry. Występowała dość często zgorzel brzegów płatów, co opóźniało nieco gojenie, lecz ostatecznie braki skórne zabliźniały się dobrze, dając dobrze zaokrąglony i zupełnie zdatny do użytku kikut. Pod tym względem oddaje Koch pierwszeństwo amputacyi Sabaniejewa przed operacyą Grittiego, nie uważa zaś jéj za dającą gorsze wyniki pod względem funkcyjonalnym od wysokiéj amputacyi podudzia, która daje znów mniéj złożoną i łatwiéj gojącą się ranę. (Wracz. 1891. Nr. 17). *L. Kryński.*

Choroby weneryczne i skórne.

O. Rosenthal (Berlin): **O leczeniu przymiotu za pomocą wstrzykiwań żółtego tlenku rtęciowego.**

R. używał żółtego tlenku rtęciowego jako zawiesiny w oliwie według następującéj formułki: *Hydrargyri oxydati flavi 0·5. Ol. amygdalarum s. Ol. olivar. 15·0.* W każdym przypadku potrzeba było 3—5 wstrzykiwań, które robiono w pośladki między mięśnie, przestrzegając przepisów antyseptyki. Ropni nie widziano, natomiast od czasu do czasu nacieki; zapalenia jamy ust również dotychczas nie spostrzegano. W końcu swojéj rozprawy przychodzi R. do wyniku, że żółty tlenek rtęciowy łączy małe ujemne strony z dobrem działaniem i że należy uważać te wstrzykiwania obok wcierań za najlepszy i najpewniejszy sposób leczenia kiły. *Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Hartmann: **Cystitis dolorosa.**

H. odróżnia pomiędzy zapaleniami pęcherza moczowego przypadki odznaczające się wielką bolesnością i trudnem wyleczeniem jako *„cystites douloureuses,"* omawia ich etyjologiję, objawy, przebieg, rozpoznanie i bardzo szczegółowo leczenie, mianowicie lekami, „leczenie chirurgiczne bez operacyi" (kokaina), przepłukiwanie kwasem borowym, rozczynami azotanu srebrowego. Przepłukiwania powinno się robić tylko za pomocą małych ilości płynów. Miękki cewnik pozostawiony komornem uspakaja w zupełności pęcherz i sprowadza często szybkie polepszenie. Rozszerzanie szyjki pęcherza u kobiety jest bez skutku w gruźliczych zapaleniach pęcherza i w przypadkach ciężkich, a leczy tylko przypadki niezbyt ciężkie. Ostatnim środkiem jest założenie przetoki pęcherzowo pochwowéj, przez którą wprowadza się leki do pęcherza, a którą dopiero wtedy można zamknąć, jeżeli to leczenie jest zupełnie ukończone. (*Thèse, Paris*).

Boldt: **Cystitis suppurativa exfoliativa.**

B. rozróżnia trzy stopnie tego zapalenia: pierwszy, gdy zajęta błona śluzowa i podśluzowa, drugi gdy warstwa mięsna także zajęta, trzeci stopień, gdy obok tych warstw i otrzewna jest zajętą. Przyczyna tego cierpienia leży częściowo w zmianach następowych ciąży i pologu, a główną przyczyną jest cofnięcie się macicy ku tyłowi. Choroba bierze początek na dnie pęcherza. Jeżeli części błon układają się przed wewnętrznem ujściem cewki, wtedy powstaje bezmocz. Prognoza jest wątpliwą. Co do leczenia poleca obok systematycznego wprowadzania cewnika następowe przepłukiwanie pęcherza sublimatem 1:2000, kwasem karbolowym 1:100 itd.; w cięższych przypadkach zakładał przetokę pęcherzowo pochwową. W każdym przypadku, w którym istnieje przemieszczenie macicy, należy ją odprowadzić dokładnie w jéj prawidłowe miejsce. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Steiner: **O leczeniu przymiotu.**

S. daje pogląd na obecne leczenie kiły w ogóle, a w szczególności ze względu na działalność lekarza praktycznego i zwraca uwagę, jak trudnem jest dla niego zdecydowanie się do pewnego leczenia wobec tego, że nawet między najznakomitszymi lekarzami istnieją bardzo znaczne różnice w leczeniu. Chorobę przewlekłą należy też przewlekle leczyć i to zawsze, ilekroć choćby najdrobniejsze objawy istniały. Najwyżéj ceni szarą maść; otrzymał również dobre wyniki zapomocą wstrzykiwań sublimatowych, *hydr. formamid.* a szczególnie kalomelu z rozczynem soli kuchennéj; podnosi konieczność indywidualizowania, znaczenie leczenia miejscowego, różnorodność pojedynczych przypadków ze względu na odporność ich wobec znanych skutecznych sposobów leczenia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Dr. Baschkopf.

VII. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

W wigiliję uroczystego otwarcia Zjazdu odbyło się w Ogrodzie Strzeleckim zebranie poufne członków i uczestników Zjazdu, celem bliższego zapoznania się. Pomimo

niepewnéj pogody zebranie było bardzo liczne, a bezustannemu witaniu się dawnych kolegów z ław szkolnych, i przedstawianiu się nowych końca nie było. A gdy przewodniczący komitetu gospodarczego prof. Rostafiński w ciepłych i serdecznych słowach przywitał gości, a głównie tych, „którzy z nad Wisły i Warty do nas przybyli,“ hucznemi oklaskami zebrani podziękowali za przywitanie. Przy dźwiękach muzyki, która przeważnie melodyje swojskie przygrywała, spędzono bardzo przyjemnie pierwszy wieczór Zjazdu.

Uroczyste otwarcie Zjazdu dnia 17 lipca.

Po solennem nabożeństwie, które o godzinie 8 rano JE. książe kardynał Dunajewski odprawił w katedrze na Wawelu, a w którem uczestnicy Zjazdu i członkowie komitetu liczny brali udział, zebrali się wszyscy uczestnicy i członkowie Zjazdu w odświętnie przybranym w chorągwie, festony i herby gmachu gimnazyjum Nowodworskiego, gdzie odbyło się pierwsze posiedzenie ogólne Zjazdu. O godzinie 10téj sala amfiteatralna zapełniać się zaczęła mnóstwem osób, wśród których wiele było pań, a po krótkim czasie olbrzymia ta sala pełną była po brzegi.

Zebranie zagaił prof. Rostafiński, dziękując zgromadzonym za tak liczny udział w Zjeździe i skreślając historyję Zjazdów polskich lekarzy i przyrodników. Twórcą Zjazdów jest Dr. Adryjan Baraniecki, za którego inicyjatywą Towarzystwo lekarskie krakowskie urządziło pierwszy Zjazd w Krakowie w roku 1869, który liczył koło 200 członków i posiadał 4 sekcyje. Dzisiejszy Zjazd liczy członków przeszło 4 razy tyle i posiada 16 różnych sekcyj; a obecnie wyłonił się już Zjazd specyjalny chirurgów polskich, którzy co rok zbierają się w Krakowie, a zapowiada się takich specyjalnych Zjazdów więcéj. Następnie przedstawił mowca dzieje rozwoju nauk przyrodniczych w Polsce od czasu przyjęcia wiary chrześciańskiej.

Z porządku dziennego zaproponował przewodniczący komitetu wybór prezydyjum: Prezesami honorowymi wybrano przez aklamacyje Dra Adryjana Baranieckiego, Prof. Dra Baranowskiego z Warszawy, J. E. Dra Józefa Majera, Dra Raymana z Pragi, delegata czeskiéj Akademii Umiejętności; prezesami rzeczywistymi wybrano również przez aklamacyję Dra Sokołowskiego z Warszawy i Prof. Dra Laskowskiego z Genewy; na wiceprezesów Prof. Dra Mareša z Pragi, Dra Święcickiego z Poznania. Protomedyka Dra Merunowicza ze Lwowa i p. Dicksteina z Warszawy. Sekretarzami ogólnych posiedzeń wybrano Dra Władysława Puzynę ze Lwowa i Doc. Dra Zarewicza. Prezydent miasta Krakowa Dr. Szlachtowski imieniem Rady miejskiéj dziękuje zebranym za przybycie do Krakowa na zaproszenie wysłane do Lwowa podczas poprzedniego Zjazdu i wita wszystkich jak najserdeczniéj imieniem mieszkańców miasta.

Po odczytaniu nazwisk delegatów na Zjazd wysłanych z różnych stron przez instytucyje i korporacyje naukowe oraz licznych telegramów i pism z życzeniami pomyślnego przebiegu obrad Zjazdu nastąpił piękny odczyt Prof. Baranowskiego z Warszawy pod tytułem: „O łączności we względzie metody między badaniem klinicznem i przyrodniczem“.

W odczycie tym prelegent zwraca uwagę na błąd popełniany w studyjach lekarskich tak przez uczących się jakoteż uczących a polegający na tem, że za mało zwraca się uwagi na uporządkowanie faktów i szczegółów naukę lekarską stanowiących, czyli za mało troszczy się o metodę klinicznego badania. Nie będziemy się silić na streszczanie tego nader zajmującego wykładu, który „Dziennik Zjazdu“ umieścił w dosłownem brzmieniu, zwrócimy tylko uwagę na niektóre ważniejsze myśli w nim wyrażone. Ustrój ludzki, mówi prof. B. również jak i jego pojedyńcze narządy posiadają zdolność przystosowywania się do wpływów świata zewnętrznego, a nawet jeżeli początkowo wpływy te są szkodliwe dla ustroju, czyli gdy przystosowywanie się ustroju do nich jest na razie niedostateczne, to po dłuższem ich działaniu organizm do nich się przyzwyczaja, czyli porządkujące i wyrównywające czynności ustroju zostały stopniowo rozbudzone i wyćwiczone. Jednakże czynności te są ograniczone i jeżeli bodżce zewnętrzne zakreśloną granicę przekroczą, wtedy powstają zboczenia od prawidłowéj sprawy życiowéj. Ustrój, w którym takie zaburzenia istnieją, przedstawia odmienną formę bytu, a określenie tej formy jest właściwą czynnością rozpoznania. Ze ścisłego badania fizyjologicznego dowiedzieliśmy się, że pewne objawy stoją w stosunku przyczynowym do siebie, w innych przypadkach nauka nie daje nam wytłómaczenia, dlaczego pewne szeregi objawów bez związku przyczynowego znachodzą się zazwyczaj obok siebie, czego nas znowu doświadczenie nauczyło. Zestawienie tych zdobyczy bądźto nauki, bądź też czystéj empiryi, jest również pomocnem w rozpoznawaniu.

To postępowanie przy badaniu i rozpoznawaniu wskazuje, że między badaniem klinicznem a przyrodniczem różnicy zasadniczéj nie ma. Dlatego też „jedyną szkołą dla umysłu lekarza jest badanie przyrodnicze. Oddający się studyjom lekarskim wprzód, zanim dotknie się nader zawiłych i trudnych zadań klinicznych, winien nietylko być obeznany z treścią nauk przyrodniczych, ale nadto obyty z metodą badania przyrodniczego. Klinikę poprzedzić winna pracownia chemiczna, bijologiczna itp. Nie dość być świadkiem badania, należy w niem brać udział bezpośredni, należy nawet dojść do zdolności wykonywania na własną rękę owego badania.

Szanowny prelegent dopomina się koniecznie, aby zmieniono porządek studyjów lekarskich w tym duchu, iżby naukom przyrodniczym i bijologii a szczególnie badaniu laboratoryjnemu więcéj można było czasu poświęcić niż to się dzieje dotychczas, natomiast pewne specyjalności w medycynie praktycznéj, które zajmują dziś niestosunkowo wiele czasu, należałoby ograniczyć i w znacznéj części poza program studyjów uniwersyteckich usunąć. Za piękny odczyt zebranie nagrodziło prelegenta hucznemi i przeciągłemi oklaskami.

Po odczycie prof. Dra Baranowskiego wybrano na wniosek komitetu gospodarczego Jury wystawy przyrodniczo-lekarskiéj, składająca się z następujących członków Zjazdu: p. Dicksteina i Dr. Pollaka z Warszawy, Dr. Święcickiego z Poznania, p. Kochanowskiego, prof. Dr. Pawlewskiego i Dr. Ziembickiego ze Lwowa, Doc. Dr. Obrzuta z Pragi, Prof. Dr. Gluzińskiego, prof. Dr. Janczewskiego i Doc. Dr. Walentowicza z Krakowa. Następnie dyrektor wystawy przyrodniczo-lekarskiéj Dr. Michał Śliwiński w krótkiem przemówieniu ogłosił otwarcie wystawy zapraszając członków i uczestników Zjazdu do życzliwego zwiedzania wystawy. Po zamknięciu posiedzenia ogólnego udało się zgromadzenie na wystawę przyrodniczo-lekarską, gdzie członkowie komitetu z dyrektorem na czele, oraz wystawcy udzielali zwiedzającym szczegółowych objaśnień, tyczących się wystawionych przedmiotów.

Jeżeli się przejdzie wszystkie sale przeznaczone do pomieszczenia przedmiotów wystawionych i zważy się z jakiemi trudnościami u nas walczyć trzeba, z jaką niechęcią osób mogących się przyczynić do uświetnienia wystawy spotyka się urządzający takową, to zaiste zdumiewać się trzeba, że w stosunkowo tak krótkim czasie nietylko przyprowadzono wystawę do skutku, lecz także, że przeszła wszelkie oczekiwania. Jestto niezaprzeczenie wielką zasługą niezmordowanego dyrektora wystawy Dra Śliwińskiego.

W pierwszéj sali wystawiły swoje wody mineralne i sole zarządy zdrojowisk krajowych. Z Wysowy uwagi godną jest szczawa obojętna ze zdroju Józefa, składem swoim równa Giesshüblerowi. Musimy jednak zwrócić uwagę zarządowi, że flaszki są niedostatecznie zakorkowane, wsku-

tek czego tracą wiele bezwodnika węglowego. Bardzo staranne są wystawy ze Sierszy, Truskawca, Krynicy, Morszyna i Iwonicza. Z Rymanowa pierwszy raz wystawiono sól do użytku wewnętrznego; spotykamy tu także wody z nowego zdrojowiska Burgut w powiecie Kossowskim. Zarządy Lubienia i Szczawnicy raczyły przysłać po kilka flaszek. W sali téj znajduje się jeszcze piękny zbiór wszystkich rodzai ropy i nafty wydobytych z kopalń galicyjskich a wystawionych przez dyrekcyję Muzeum techniczno przemysłowego w Krakowie.

Z okazów przyrodniczych zwracają uwagę na siebie preparaty prof. Feigla, przedstawiające kostnienie, preparaty prof. Kadyja, znany skądinąd przekrój osoby zmarłéj podczas porodu własność prof. Dra Marsa, preparaty stwardnienie prof. Teichmana, preparaty Szymonowicza, tablice z fotografijami typów ludzkich i inne.

Wystawa rozpraw i pism stanowiących polską literaturę przyrodniczą i lekarską ostatnich dziesięciu lat, jakkolwiek znacznéj części dzieł nie zgłoszono, bardzo liczbą swą imponuje i widocznym jest dowodem, że próżniactwa nam zarzucić nie można.

Kilka pokoi zajęła wystawa sprzętów i przyborów szpitalnych i ratunkowych. Tutaj na uwagę zasługuje pokój z domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego w Krakowie, gabinet elektro-terapeutyczny Doc. Dra Piotrowskiego ze Lwowa, zawierający przyrządy do prądu stałego i przerywanego, do faradyzacyi, do suspenzyi i nawet biblijotekę dzieł z zakresu neuropatologii i elektroterapii. Przemilczeć także nie można o dokładnie wykończonych sprzętach i przyborach do pielegnowania chorych służących, wystawionych przez p. Markusa, blacharza z Krakowa, którego przyrządy dokładniejsze w innéj grupie umieszczone jak np. termostat prof. Marsa są również bardzo ładnie wykończone.

Sala pierwsza na pierwszem piętrze mieści w sobie przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Powszechną uwagę zwracają tu przedewszystkiem na siebie wyroby pochlebnie w naszym kraju znanego z energii i obrotności aptekarza z Jezierny p. Zahradnika: kapsułki i perełki lecznicze „Hygea“, z których piękny transparent przedstawiający herb miasta Krakowa złożył, szafka na trucizny, w której pomyłka przy wydawaniu lekarstw jest bardzo trudną, szafka zawierająca odtrutki itd. Z wystawionych przez p. Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie, znanych już przetworów i wyrobów wspomnę o bardzo praktycznych czopkach z masła kakaowego wewnątrz próżnych, które dowolnemi środkami napełniać można; mogą one praktykowi lekarzowi na prowincyi niezłe oddać usługi. Niemniej dobre są preparaty wystawione przez innych aptekarzy, jak p. Siedleckiego z Krakowa (Mydło glicerynowe), p. Mańkowskiego z Sieniawy (pigułki kreozotowe), p. Bełdowskiego z Krakowa, p. Urbanowicza z Warszawy.

Nie mogę pominąć ze wszech miar godnych poparcia wód mineralnych sztucznych, polecanych przez komisyję przemysłową Towarzystwa lekarskiego w Krakowie i według jej przepisów z dobréj wody wyrabianych przez znaną fabrykę krakowską pp. Rzący i Chmurskiego. (C. d. n.)

Dr. A. Beck.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lipca. Minęły piękne dni w Aranzuez, możemy powiedzieć, kiedy się dziś oglądamy po pustym Krakowie, podczas gdy przed paru dniami na każdym kroku spotykaliśmy się z kolegami i przyjaciółmi, którzy ze wszystkich dzielnic ojczyzny naszéj zjechali się byli, celem brania udziału w Zjeździe lekarzy i przyrodników. Dziś ich już niema, a w dodatku razem z nimi uleciało wielu kolegów tutejszych, którzy zmęczeni całoroczną pracą, opuścili miasto, celem wytchnienia na świeżem powietrzu. Jak szczerze i radośnie witaliśmy przybywających, tak czujemy obecnie próżnię po ich wyjeździe, a nie pozostaje nam inna pociecha, jak nadzieja widzenia się za 3 lata w Poznaniu. Jak na Zjazdach poprzednich, tak i tym razem koledzy czescy byli bohatyrami dnia, uznano powszechnie ich chęć zbliżenia się do nas, ich serdeczność, a zapewnienie jednego z nich, uroczyście wypowiedziane, że chętnie przybywają do nas, ponieważ niemają na świecie bliższych od nas, rozrzewniło wszystkich słuchaczów. Tuszymy sobie, że goście nasi wynieśli z Krakowa dobre wrażenie, a o ile ocenić możemy, to Zjazd VI pod żadnym względem nie wypadł gorzéj aniżeli Zjazdy poprzednie. Jeżeli mili goście nasi zdanie to nasze podzielą, będzie to najlepszą nagrodą starań lekarzy krakowskich i ofiarności Towarzystwa naszego lekarskiego. W Numerze dzisiejszym rozpoczynamy sprawozdanie z czynności Zjazdu, a podawać je będziemy bez przerwy. Redakcyja nie szczędziła zabiegów i kosztów, aby zapewnić tygodnikowi naszemu dostateczną liczbę sprawozdawców ze wszystkich sekcyj lekarskich, którzy pod kierownictwem p. Dra Becka, asystenta przy katedrze fizyjologii, i pod jego odpowiedzialnością, zapewne wywiążą się dobrze i sumiennie ze swego trudnego zadania.

* Dnia 27 b. m. odbędzie się w Zakopanem poświęcenie Zakładu leczniczego Dra Chramca.

* W Rymanowie do d. 15 b. m. było gości 679, — w Szczawnicy 1466, w Cieplicach czeskich do 20 b. m. 4039.

* W tygodniu 26-ym (od 28 czerwca do 4 lipca) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 40, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 9, z dławca i błonicy, z duru brzusznego i z nieżytu żołądka i jelit po 2. — W tygodniu zaś 27-ym (od 5—11 lipca) małżeństw 11, urodzin 85, skonów 42, z tych z gruźlicy 11, z zap. płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit po 4, z płonicy 2.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.